

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кирпиченко А.А., Копытов А.В.,  
Мужиченко В.А.

## ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ДЕВОЧКАМИ-ПОДРОСТКАМИ

Витебск, 2017

УДК 616.89-008.441.33.13-084-053.6-055.25

ББК 57.336.145.1

К43

Рецензенты:

Профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Скугаревская Е.И.

Заведующий кафедрой факультетской терапии Витебского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Козловский В.И.

**Кирпиченко А.А.**

К43 Злоупотребление алкоголем девочками подростками : монография / А. А. Кирпиченко, А. В. Копытов, В. А. Мужиченко. – Витебск, ВГМУ, 2017. – с. 251.

ISBN 978-985-466-706-5

Монография посвящена актуальной проблеме современного общества – употреблению алкоголя девочками-подростками. В ней представлены результаты исследования социальных факторов, агрессивного поведения, гормонального статуса, школьной тревожности, а также типов личностных акцентуаций у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением. Параллельно освещаются вопросы лечения взрослых женщин с алкогольной зависимостью.

Адресуется специалистам в области общей и подростковой психиатрии-наркологии, психотерапии, психологии, социологии, а также широкому кругу читателей.

Утверждено и рекомендовано к печати научно-техническим Советом Витебского государственного медицинского университета (пр. № 4 от 26.04.2016 г.).

УДК 616.89-008.441.33.13-084-053.6-055.25

ББК 57.336.145.1

ISBN 978-985-466-706-5

©УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2017

© Кирпиченко А.А., Копытов А.В.,  
Мужиченко В.А., 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ .....	4
ВВЕДЕНИЕ .....	5
1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	19
2 ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМОГО КОНТИНГЕНТА .....	117
3 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	118
4 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	120
4.1 Анализ социальных факторов связанных с алкогольным аддиктивным поведением у девочек-подростков из Республики Беларусь.....	120
4.2 Анализ агрессивных тенденций у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением из Республики Беларусь.....	127
4.3 Связь гормонального статуса и агрессивности с алкогольным аддиктивным поведением у девочек подростков и у взрослых женщин .....	132
4.3.1. Показатели состояния системы гормонов гипофиза у женщин с алкогольной зависимостью .....	141
4.4 Школьная тревожность у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением .....	149
4.5 Типы личностных акцентуаций у девочек-подростков из Республики Беларусь с алкогольным аддиктивным поведением .....	158
4.6. Основные принципы лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении взрослых пациенток женского пола с алкогольной зависимостью .....	165
4.6.1 Этапы лечебно-реабилитационной программы в отношении женщин с алкогольной зависимостью .....	166
4.6.2 Детоксикация и лечение алкогольного абстинентного синдрома .....	169
4.6.3 Лечение постабстинентных и резидуальных психических расстройств.....	174
4.6.4 Лечение алкогольных психозов у женщин.....	180
4.6.5 Методы и способы психотерапевтической коррекции .....	184
4.6.6 Ремиссии алкогольной зависимости у женщин .....	192
4.6.7 Особенности ремиссий у женщин с алкогольной зависимостью с различными вариантами социального функционирования .....	195
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	207
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	214
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	235

## **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения;

ГС – группа сравнения;

ЛГ – лютеинизирующий гормон;

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

ОГ – основная группа;

ПАВ – психоактивные вещества;

ПВА – патологическое влечение к алкоголю;

СДВГ - синдромом дефицита внимания с гиперактивностью;

Т3 – трийодтиронин;

Т4 – тироксин;

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон;

DSM-V – Диагностическое и Статистическое Руководство Американской  
Психиатрической Ассоциации;

РТН – синдром резистентности к тиреоидным гормонам;

ТТГ – тиреотропный гормон.

## ВВЕДЕНИЕ

### *Актуальность темы.*

Проблема алкоголизации сегодня завоевывает все большую значимость и является важной детерминантой состояния здоровья и благополучия общества. Употребление алкоголя ежегодно служит причиной 1,8 млн. смертельных случаев и 4% бремени болезней во всем мире. Согласно сопоставительным оценкам, проведенным в Европейском регионе, алкоголь является 3 по значимости фактором риска смерти (из 26) после гипертензии и табака. Алкоголь также выступает главным фактором риска в возрастной группе 15-29 лет, по имеющимся данным в 2002 году от причин, связанных с употреблением алкоголя в Европе погибло 63 000 молодых людей [1].

Алкоголизации подвержены все возрастные группы популяции. Однако наиболее уязвимым контингентом в отношении развития зависимости от алкоголя являются подростки. Подростковый период занимает особое место среди онтогенетических периодов развития человека. Именно в этом возрасте завершается формирование личности, как в биологическом, так и социальном плане. В этой связи проблема распространенности употребления алкоголя среди молодежи привлекает внимание исследователей во всем мире. В частности, данные российских ученых, показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, около 82% людей в возрасте 12-22 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек. Доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах составляет 15,7%, в ПТУ – 24,4%, в техникумах и колледжах – 33,7%, в вузах – 32,4%.

[18]. Анкетирование, проведенное в школах города Орска в марте 2007 среди учащихся 7-11 классов, выявило, что уже в 7-х классах 30,8% учащихся употребляют алкоголь. Среди них пиво употребляют 26,1% учащихся, а вино – 11,4%. В среднем 54,5% 9-11-классников употребляют алкоголь регулярно. Начиная с 8-го класса, школьники наряду с пивом пробовали вино, коктейли, водку. В 11-м классе уже 15,4% употребляют крепкий алкогольный напиток. По данным главного санитарного врача РФ Геннадия Онищенко (март 2004 года) в возрасте 12 лет пиво употребляет каждый третий подросток, в возрасте 13 лет – двое из трех. За 10 лет – с 1991 по 2001 гг. – средний возраст, в котором начинают употреблять спиртные напитки, снизился с 15,5 до 11 лет. При этом средний возраст приобщения к алкоголю – 10-12 лет, а уже к 15-16 годам формируется привыкание и зависимость. Установлено, что систематическое употребление спиртных напитков в возрасте до 20 лет приводит к алкоголизму почти в 80% случаев.

Исследования, проведенные за рубежом, показывают высокую степень вовлеченности подростков в употребление алкоголя – до 90% старшеклассников в США по данным опроса 1990 г. Группа риска в средней школе составляет 54%. Аналогичные данные получены и при опросе старшеклассников в Монреале, при этом 20% опрошенных подростков признались, что пьют от 2 до 10 раз в неделю, в т.ч. 6,3% – более 10 раз. Выявлена достаточно высокая распространенность зависимости среди 18-летних подростков – 9,9% от числа употребляющих алкоголь [21]. Наиболее интенсивное приобщение к алкоголю у итальянских подростков происходит в возрасте 14-16 лет, а к 17 годам достигает уровня взрослых. Согласно выводам программы «Изучение психического здоровья», проводимой в 1991-1992 гг. в Онтарио, учеными было установлено, что первое употребление алкоголя в возрасте 11-14 лет в значительной степени повышает риск развития пристрастия к алкоголю.

Так, например, среди лиц, начавших употребление спиртного в 11-12 лет, - 13,5% обнаруживали признаки злоупотребления алкоголем, а 15,9% - критерии алкогольной зависимости. У лиц, которые стали употреблять алкоголь с 13-14 лет, эти показатели составляли 13,7% и 9% соответственно.

По сведениям Национального института статистики Италии, в 2011г. 13,6% лиц младше 15 лет употребляли алкоголь как минимум раз в год, а 0,8% - каждый день (1,1% мужчин и 0,4% женщин). Среди лиц старше 14 лет 66,9% (53,5% женщин и 81,4% мужчин) употребляли алкоголь хотя бы один раз за последние 12 месяцев. И только 25,7% никогда не употребляли алкоголь.

Результаты исследований Европейского регионального бюро ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC), проведенного в период с 1982 по 2002 годы среди молодых людей в возрасте от 11 до 15 лет, показали, что средний возраст начала приема алкогольных напитков в 35 странах Европы составляет 12,3 лет у мальчиков и 12,9 у девочек. Первое состояние опьянения в среднем регистрируется в возрасте 13,6 лет у мальчиков и 13,9 лет у девочек. Согласно данным HBSC еженедельно употребляют алкоголь 5% детей в возрасте 11 лет, 12% в возрасте 13 лет и 29% в возрасте 15 лет [20]. По результатам обследования "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC), в 2009 г. в Израиле 17% восьмиклассников сообщили, что за последний месяц употребляли алкоголь в больших количествах хотя бы один раз, среди десятиклассников этот показатель составлял 27% г., а среди одиннадцатиклассников – 34% [2].

По наблюдениям Г.М. Энтина и др. (1987) из числа злоупотребляющих алкоголем к 18 годам алкоголизм формируется у 20%, а к 25-27 годам - у 50%. А.Л. Игонин и Е.Ю. Иконникова (1993) при обследовании 372 подростков 15-17 лет злоупотребляющих алкоголем,

диагностировали алкоголизм у 31%, в т.ч. у 85 человек – первую стадию, а у 30 – вторую. С.А. Бадмаев (1997), обследовав 80 учащихся старших классов, у 11 юношей выявил алкоголизм.

В числе тенденций, характеризующих сегодняшнюю наркологическую ситуацию в России, многие исследователи называют стирание половых различий среди подростков, вовлеченных в потребление психоактивных веществ (ПАВ), прежде всего, алкоголя [6]. К примеру, исследования российских ученых показывают, что в Москве в настоящее время девочки-старшеклассницы включены в употребление спиртного не в меньшей, а иногда даже и в большей степени, чем их сверстники мужского пола.

При этом есть основания полагать, что со временем характерное для мегаполиса исчезновение гендерных различий будет распространяться и на другие регионы страны [19].

По данным исследования проведенного в 2009 году сектором социологии девиантного поведения ИС РАН молодые женщины в среднем впервые пробуют спиртное и получают первый опыт опьянения задолго до 18-летия, мало отставая в этом от мальчиков своего поколения [15].

Алкогольная зависимость у женщин изучается давно. Так Yellinek E. M. отмечал, что в 16 веке уже существовали законодательные акты, указывающие на наличие алкогольной зависимости у женщин. В 1897 году Т. Циен первым указал на наличие особенностей алкогольной зависимости у женщин. В 1901 году К. Риккер написал первую монографию “Алкоголизм среди женщин”, в которой описывались результаты исследований данных вопросов и приводились обобщенные данные по причинам и особенностям этого заболевания у женщин. Доктор Г. Плосс в 1901 году издал монографию “Женщина в естествоведении и народоведении”, где указал, что наряду с психологическими, антропологическими, эстетическими и другими особенностями женщин



важна борьба с асоциальным поведением лиц женского пола, а также важен вопрос борьбы с алкогольной зависимостью. Профессор Ролледеръ в монографии “Половое влечение и половая жизнь человека” также указывает на большой вред алкогольной зависимости у женщин и, в частности, вредного влияния ее на их половую функцию.

Следует отметить, что в развитых странах Европы и Америки фиксируются те же тенденции: у подростков исчезают гендерные различия в употреблении спиртного, а уровень избыточной алкоголизации женщин все больше и больше приближается к мужскому. В частности, исследование количества потребляемого алкоголя среди старших школьников в США вообще не выявило значимых половых различий [24.]. Аналогичные данные приводят и бразильские исследователи [23]. В отдельных работах сообщается о некотором преобладании (40,7% против 38,8%) в потреблении алкоголя среди девушек в возрасте от 12 до 17 лет, по сравнению с юношами того же возраста [25]. Сходные результаты были обнаружены при исследовании потребления алкоголя школьниками старших классов в США [22].

Алкоголизм является серьезной медико - социальной проблемой для Беларуси. По данным Национального статистического комитета в 2010 году было продано 12,3 л. абсолютного алкоголя на душу населения. Данный показатель соответствует среднему уровню потребления алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе (12,1 л абсолютного алкоголя в год), но практически вдвое превышает общемировой уровень (5,8 л).

В течение последних десятилетий в Республике Беларусь отмечается распространение пьянства среди населения, особенно среди молодежи, рост числа состоящих на наркологическом учете лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, а также лиц, употребляющих алкоголь с

вредными для здоровья последствиями, в том числе несовершеннолетних [14].

Согласно основным показателям работы наркологической службы МЗ РБ, в последние годы отмечается тенденция к увеличению численности подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу употребления ПАВ, в частности, алкоголя. В научной литературе присутствует точка зрения о том, что употребление ПАВ подростками может рассматриваться как форма девиантного поведения [8; 9]. Общеизвестно, что нарушения поведения включают в себя девиантное поведение как крайний вариант нормы, а также расстройства поведения, представляющие собой уже патологические изменения или другими словами психические заболевания, отнесенные в МКБ в рубрику F 91 – «Расстройства поведения».

Ранняя алкоголизация девочек-подростков наиболее часто отмечается при сочетании употребления спиртных напитков с нарушенными (девиантными) формами поведения [2; 3; 4; 7].

Многими авторами отмечается повышенный риск отклоняющегося поведения у подростков, злоупотребляющих ПАВ. Из числа подростков-потребителей токсических и наркотических веществ около половины характеризовались девиантным поведением и состояли на учете в ИДН, имели судимости от 14,1% [13] до 47%, почти исключительно за корыстные преступления. На частое сочетание злоупотребления ПАВ и антисоциального поведения обращают внимание W.Feigelman et al. (1990). Как правило, девиантное поведение предшествует началу употребления ПАВ, которое в дальнейшем его усиливает [11; 12; 16].

Согласно исследованиям Можейко Л.Ф. (2010г.) у девочек-подростков с девиантным поведением репродуктивные нарушения встречаются в 2,5 раза чаще по сравнению с группой сравнения сверстниц, при этом склонность к употреблению алкоголя возрастает в 1,8 раза. [10]

Многие авторы справедливо считают, что разработка мер профилактики и коррекции отклоняющегося поведения несовершеннолетних невозможна без пристального изучения физиологических факторов. Одной из биологических предпосылок поведенческих расстройств считается гормональное влияние.

Роль гормональных влияний на нарушения поведения рассматривается на протяжении большого периода времени.

Изучение воздействия гормонов на формирование отклоняющегося поведения представляется актуальным прежде всего в контексте гипотезы о наличии достаточно сильной связи между синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) с одной стороны и синдромом резистентности к тиреоидным гормонам (RTH) – с другой. RTH представляет собой патологическое состояние наследственной природы в основе которого лежат гетерозиготные мутации расположенного на 3 хромосоме гена TR $\beta$ , ассоциированные с работой рецепторов щитовидной железы. В результате мутации строение  $\beta$  – рецепторов тиреоидных гормонов меняется таким образом, что они теряет способность связывать трийодтиронин. Клинические проявления RTH многообразны и зависят от локализации и степени функциональной активности мутации. При этом наиболее значимыми и характерными симптомами среди других считаются рассеянное внимание и гиперактивность [10].

СДВГ достаточно часто встречается в популяции детей школьного возраста. А у 60 % основные симптомы сохраняются и подростковом периоде [9].

При этом гиперкинетическое расстройство и СДВГ может выступать своеобразным катализатором расстройств поведения, как напрямую обуславливая возникновение поведенческих девиаций в подростковом возрасте, так и придавая устойчивость и усугубляя проблемные поведенческие паттерны [9].

Вместе с тем, научно подтвержденных фактов позволяющих достоверно утверждать о четком влиянии РТН на формирование девиантного поведения в данный момент недостаточно. На сегодняшний день в мировой литературе описано немногим более 500 случаев РТН, а его диагностика до сих пор является скорее исключением, чем правилом, так как требует проведения сложного алгоритма молекулярно – генетических исследований [10].

Доказано также, что гормоны щитовидной железы играют важную роль в психических расстройствах, процессах психической адаптации и дезадаптации [10].

Показано, что низкая активность гипофиз-тиреоидного звена эндокринной системы у подростков с девиациями поведения коррелирует с хронической агрессией, приводит к школьной и социальной дезадаптации ребенка, что негативно отражается на положении в коллективе [10].

При исследовании подростков с расстройствами поведения была обнаружена связь между повышенным уровнем свободного трийодтиронина с беспокойностью и импульсивностью [10].

Сопоставляя уровень тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона с оценкой психологических особенностей агрессивного поведения у девиантных подростков исследователи выявили взаимосвязь между уровнем тиреотропного гормона и уровнем враждебности, направленностью агрессии на конкретные объекты в целом. Однако, достоверные данные о том, что соотношение Т3/Т4 стойко ассоциировано с высокими значениями агрессивности, есть только применительно к мужчинам [1].

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, в целом, роль тиреоидных гормонов в формировании отклоняющегося поведения остается неясной. Отмечая значительную разработанность проблемы, следует констатировать, что в настоящее время в литературе отсутствуют

характеристики комплексного взаимоотношения нервной, психической, эндокринной систем при девиантном поведении.

Важную роль в формировании аддиктивного поведения так же играют «Акцентуации характера». По мнению Фридман Л.С. и соавт. (2000) провоцирующими факторами алкоголизации в раннем возрасте выступают психологические особенности подростков [21]. К таким особенностям следует отнести и предложенный А.Е. Личко термин – «акцентуация характера», под которым автор понимал «крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим» [11]. При этом В.В. Ковалев и А.Е. Личко, анализируя динамику акцентуаций, в качестве одного из наиболее значимых феноменов последних, выделяли возникающие на фоне акцентуаций характера девиации поведения [12].

Дискуссия о вкладе в развитие отклоняющегося поведения подростков акцентуаций характера характеризуется широким спектром мнений. В частности, Т.П. Мозговая в своем исследовании психопатологических и психологических аспектов девиантного поведения у подростков указывает на выраженность акцентуаций среди подростков с отклоняющимся поведением в сравнении с группой контроля [15]. В то же время результаты изучения степени распространенности и выраженности акцентуаций характера, проведенные В.В. Авериним, свидетельствуют о том, что подростки с девиантным поведением не имеют каких-либо особенностей в сравнении с контрольной выборкой [1].

В настоящее время в зарубежной и отечественной превентивной наркологии и педагогике все большее распространение получает мнение, что "предрасположенность к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, а в отдельных "слабых звеньях"

личностной структуры". В этом случае патологическое влечение к ПАВ выполняет задачу компенсации личностных аномалий, защищая уязвимые места личности (импульсивность, возбудимость, отвлекаемость и низкая фрустрационная толерантность при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью) [16]. Такими "слабыми звеньями" личности являются: стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля, проблемы самооценки, низкое самоуважение, низкая способность к рефлексии и заботы о себе, низкий уровень развития способности к сопереживанию, высокая эмоциональная лабильность, "негативная" аффективность. На поведенческом уровне "уязвимость" личности может проявляться как отсутствие стремления быть в обществе других людей, неадекватном восприятии социальной поддержки, подчиненности среде [19]. Антиципационная несостоятельность рассматривается как существенная часть преморбидных особенностей. Антиципационная несостоятельность у подростков, злоупотребляющих ПАВ, характеризовалась, прежде всего, неспособностью предвидеть негативные последствия своего пристрастия [13].

Несмотря на наличие большого количества исследований в отношении поиска личностных характеристик предрасполагающих к алкогольной зависимости у ученых нет единой позиции по данному вопросу. Изучение личностного потенциала и ресурсов может иметь свою специфику в зависимости от этнокультуральных особенностей, что обуславливает необходимость анализа данной проблемы для разработки превентивных мер профилактики.

Значительную роль в формировании отклоняющегося поведения играет тревога. Усиление поведенческой активности, обусловленное тревогой, ведет к изменению характера поведения и задействованию дополнительных психофизиологических механизмов адаптации к меняющимся условиям среды. В свою очередь, ослабление интенсивности

тревоги служит индикатором адекватности поведенческих и психофизиологических реакций в ответ на нарушение баланса взаимоотношений организма и социальной среды [3].

В самом общем смысле, тревогу можно определить как эмоциональное состояние, возникающее в ситуации неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий.

Конкретизация этого определения позволяет рассматривать тревогу как неблагоприятное по своей эмоциональной окраске состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий [7]. Состояние тревоги возникает тогда, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе элементы потенциальной или актуальной угрозы, опасности, вреда.

Наряду с дефиницией «тревога», современная клиническая психология оперирует понятием тревожность, которое рассматривается как психическое свойство и определяется, как склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги [7]. Термин «тревожность» используется для обозначения относительно устойчивых индивидуальных особенностей в склонности индивида испытывать это состояние. Эта характеристика напрямую не проявляется в поведении, но ее уровень можно определить исходя из того, как часто и как интенсивно у человека наблюдаются состояния тревоги. Личность с выраженной тревожностью склонна воспринимать окружающий мир, как заключающий в себе опасность и угрозу в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем [7].

Тревожность, как психическое свойство, имеет ярко выраженную возрастную специфику, проявляющуюся в ее содержании, источниках,

формах проявления и компенсации – так называемые «возрастные пики тревожности» детерминированы возрастными задачами развития [5].

При этом устойчивым личностным образованием тревожность становится к подростковому возрасту. В подростковом возрасте тревожность начинает опосредоваться Я-концепцией ребенка, трансформируясь, таким образом, в одно из личностных свойств индивида. Я-концепция подростка часто противоречива, что вызывает трудности в восприятии и адекватной оценке собственных успехов и неудач, подкрепляя тем самым отрицательный эмоциональный опыт и тревожность как личностное свойство. В этом возрасте тревожность возникает, как следствие фрустрации потребности устойчивого удовлетворительного отношения к себе, чаще всего связанного с нарушениями отношений со значимыми другими [5].

Существенное повышение уровня тревожности в подростковом возрасте может быть связано и с формированием психастенической акцентуации характера, отличительной особенностью которой являются тревожно-мнительные черты. У человека с такими личностными особенностями легко возникают опасения, волнения, страхи. Недостаток уверенности в себе заставляет заранее отказываться от деятельности, которая кажется слишком трудной, занижается оценка достигнутых результатов. При психастенической акцентуации затруднено принятие решений, так как человек чересчур фиксируется на возможных негативных последствиях, которые может повлечь за собой то или иное решение [1].

По мнению ряда авторов, типичной формой поведения, маскирующей тревожность, является «уход» в аддиктивное поведение [2]. Если не удастся преодолеть беспокойство, связанное, например, со школьной ситуацией, подросток может выбрать путь наименьшего сопротивления и найти другую сферу «самореализации», например, увлечение общением посредством сети интернет, музыкой, вовлеченность



в асоциальные компании, сопровождающаяся пробой и последующим регулярным употреблением психоактивных веществ. Благодаря работе защитных механизмов значимость провоцирующих тревогу моментов таким подростком, как правило, отрицается, хотя проективные методы диагностики свидетельствуют в таких случаях об их высоком уровне.

Много теорий по этиологии алкоголизма постулируют о роли тревоги. Понимание отношений тревоги и алкогольной зависимости, особенно у подростков, имеет существенное значение для планирования лечебных и профилактических мероприятий.

Одним из основных направлений Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011-2015 годы [14] является снижение количества несовершеннолетних лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями. В рамках реализации данного документа особое внимание следует уделить девочкам-подросткам, так как состояние их здоровья, прежде всего репродуктивного, является фактором, который определит воспроизводство населения и позволит улучшить демографическую ситуацию в стране.

*Основная цель исследования* – разработать и внедрить методику оценки факторов риска употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков для оптимизации профилактических мероприятий.

Для реализации поставленной цели необходимо решение следующих задач:

- осуществить подбор комплекса методик, необходимых для исследования соответствующего контингента лиц;
- обследовать лиц группы сравнения и основной группы с риском расстройств алкогольной;

- выявить наиболее значимые психологические, социальные и физиологические феномены, определяющие риск употребления алкоголя у лиц женского пола подросткового возраста;
- провести оценку психологических, социальных и физиологических феноменов в группе лиц соответствующего возраста;
- оценить влияние гормонального статуса и агрессивности на употребление алкоголя у девочек-подростков;
- определить влияние школьной тревожности на формирование алкогольной аддикции в группе лиц соответствующего возраста;
- разработать критерии оценки факторов риска и мер профилактики употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков;
- определить актуальные факторы риска употребления алкоголя и формирования зависимостей от алкоголя у исследуемого контингента лиц;
- обосновать рекомендации по профилактическим мероприятиям употребления алкоголя и формирования зависимостей от алкоголя;
- разработать инструкцию по применению методики оценки факторов риска и мер профилактики употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков в условиях практического здравоохранения.

В исследование не включались пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, систематически употребляющие другие (кроме алкоголя) ПАВ, выраженными когнитивными нарушениями, мешающими целенаправленной коммуникации и выполнению тестов, лица с первичными острыми и хроническими психическими и поведенческими расстройствами, а так же лица с другими расстройствами, препятствующими выполнению заданий, лица отказывающиеся от участия в исследовании.

## 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Алкоголь в большинстве случаев является сегодня первым психоактивным веществом, употребляемым человеком. Доказано: чем раньше происходит первое употребление алкоголя, тем выше риск развития аддикции и алкоголь-ассоциированных проблем в дальнейшем. Психические расстройства на фоне употребления алкоголя – одни из наиболее часто встречаемых у молодых людей психических расстройств. Раннее употребление алкоголя провоцирует ряд физических, психических и психологических проблем, которые впоследствии приводят к социальной дезадаптации различной степени выраженности [27, 28].

Медицинские, социальные и экономические затраты, связанные с последствиями употребления алкоголя молодежью, ложатся тяжелым бременем на общество. Злоупотребление алкоголем является фактором риска суицида. В ряде исследований продемонстрировано, что риск суицида при алкоголизме приближается к таковому при большой депрессии и достигает 15% [22, 29, 30].

Алкогольная зависимость и злоупотребление алкоголем — серьезная медико-социальная и экономическая проблема во многих странах мира. На долю заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, ежегодно приходится около 4 процентов DALY (disability adjusted life years - сумма лет жизни, потерянных из-за преждевременной смертности и инвалидности, вызванной болезнями) [1].

По данным 2009 г., на наркологическом учете в ЛПУ МЗ РБ состояло на диспансерном учете 182210 лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Из них около 6% составляют лица подросткового и молодого возраста до 25 лет. Первичная заболеваемость составила 22779. На профилактический учет в 2009 году врачами наркологами взято 8808 детей и подростков с диагнозом употребление с вредными последствиями.

В Республике Беларусь на конец сентября 2010 года на диспансерном учете по алкогольной зависимости состояло 180829 человек. За 9 месяцев 2010 года первичная заболеваемость по алкогольной зависимости составила 19015 человек. На профилактический учет врачами наркологами взято 36427 человек, из них 9342 детей и подростков с диагнозом употребление с вредными последствиями [31].

В нетрезвом виде подростками совершаются 98% всех убийств из хулиганских побуждений, 80% убийств в драке, 90% хулиганских действий или совокупно около 60% всех преступлений. Установлено, что регулярное употребление спиртных напитков в возрасте до 20 лет приводит к алкоголизму почти в 80% случаев [2, 32, 33].

По данным Генеральной прокуратуры Республики Беларусь, каждое третье преступление совершается белорусскими подростками в состоянии опьянения.

Факторов, лежащих в основе употребления алкоголя подростками, множество. Большую роль играет пол подростка. Многочисленные исследования подтверждают, что употребление алкоголя среди девушек на порядок ниже, чем среди юношей. Данное половое различие, подтвержденное огромным количеством исследований, является предпосылкой для создания различной системы оценки употребления алкоголя среди мужчин и женщин. Как правило, очень часто среди западных исследований можно встретить следующий критерий эпизода чрезмерного употребления алкоголя: 5 единиц спиртного напитка для лиц мужского пола в течение одного застолья, и 4 – для женского [34, 35, 36].

Проблемы, связанные с потреблением алкоголя, сохраняют свою актуальность на протяжении веков. Потребность в алкоголе не входит в число естественных жизненных потребностей человека, как, например, потребность в кислороде или пище, и потому сам по себе алкоголь не имеет побудительной силы для человека. Потребность эта появляется

потому, что общество, во-первых, производит данный продукт и, во-вторых, “воспроизводит” обычаи, формы, привычки и предрассудки, связанные с его потреблением. Разумеется, что эти привычки не присущи всем в одинаковой степени, и у некоторой категории лиц приводят к формированию аддиктивного или зависимого поведения [12]. В этих случаях особого рассмотрения заслуживает вопрос о роли и структуре алкогольной мотивации как качественной характеристики аддиктивного алкогольного поведения. Алкоголь выполняет какие-то функции в субъективном мире личности, в человеческом взаимодействии, а физиология человека остается средой и средством, через которые осуществляются эти функции [37].

Традиционно мотивация всегда определялась как психическая сила, лежащая в основе направленности, интенсивности и устойчивости поведения [38]. С развитием когнитивного направления такое гипотетически-абстрактное понятие мотивации в последние годы стало конкретизировано. Под мотивацией понимают определенные, подготавливающие манипуляции, когниции, желания и намерения совершить какие-либо действия [39].

Исследования мотивов употребления алкоголя у молодых людей начали проводиться уже давно [35, 40]. В 1988 году Cox и Klinger разработали собственную мотивационную модель употребления алкоголя [41], основанную на утверждении о том, что люди употребляют алкоголь с целью достижения определенных результатов, а также принимают решения о том, следует ли им пить или нет. Эти решения являются сочетанием эмоциональных и рациональных процессов, происходящих при их принятии на основе аффективных изменений, которых человек надеется достичь путем употребления алкоголя, в сравнении с его неупотреблением. Изменения могут быть связаны с прямым химическим воздействием

алкоголя (снижением напряжения, улучшением настроения и др.), или непрямым (принятие в группе сверстников и др.) [41, 42].

Поводы первого приобщения к алкоголю разнообразны и в основном не дифференцированы. До 11 лет первое знакомство с алкоголем происходит либо случайно, либо его дают “для аппетита”, “лечат” вином или же ребенок сам из любопытства пробует спиртное (мотив, главным образом присущий мальчикам). В более старшем возрасте мотивами первого употребления алкоголя становятся традиционные поводы: “праздник”, “семейное торжество” и т.д. С 14-15 лет появляются такие поводы, как “неудобно было отстать от ребят”, “друзья уговорили”, “за компанию” и т.д. В целом мотивы употребления спиртного подростками делятся на две группы: первая группа – желание следовать традициям, испытывать новые ощущения, любопытство (формированию их способствуют некоторые свойства психики несовершеннолетних и отсутствие жизненного опыта, знаний, позволяющих им свободно вступать в общение с окружающими); вторая группа включает стремление избавиться от скуки, связанной с эмоциональным голодом. У этой категории существенно ослаблен или утрачен интерес к познавательной деятельности. Некоторые подростки потребляют спиртное, чтобы снять напряжение, освободиться от неприятных переживаний.

В подростковом и молодом возрасте основные мотивы таковы: получение удовольствия, изменение эмоционального состояния, повышение самооценки и самоутверждения, улучшение коммуникации, реакции подражания, манипуляции, конформность, бравада [43]; реже – протестное поведение или гедонизм; еще реже – пассивная подчиняемость или неосознанное любопытство [44]. В качестве мотивировки чаще упоминалось любопытство [45, 46, 47]. Мотивы употребления меняются с возрастом, со стажем алкоголизации, при изменении клинической картины и др.

В одном исследовании в Финляндии изучались тенденции относительно мотивов употребления алкоголя среди подростков, проявляющиеся с течением времени в 1984 и 1999 годах [48]. Выяснилось, что доля подростков, отмечающих в процессе исследования мотивы совладания со стрессом (употребление алкоголя с целью преодоления негативных эмоций, снятия стресса или избегания неприятия обществом) уменьшилась, тогда как доля отмечающих мотивы улучшения самочувствия (употребление алкоголя для улучшения настроения, для достижения состояния опьянения) возросла. В одном исследовании было выявлено снижение мотивов совладания со стрессом и увеличением мотивов улучшения самочувствия среди подростков Северной Европы в течение последних 20 лет [4].

Субмиссивная мотивация играет на начальном этапе злоупотребления ПАВ доминирующую роль [49, 50, 51, 52].

При прогрессировании употребления алкоголя разрушается прежняя иерархия мотивов. Желание работать, стремление к общению с прежними друзьями, совершение действий под влиянием прежней иерархии мотивов не носят стойкого характера. Изменение иерархии мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы, потребность в алкоголе переходит во влечение, которое становится доминирующим.

Одной из причин алкогольной зависимости являются алкогольные традиции современного общества [53]. Обнаружена связь между мотивами употребления алкоголя и употреблением алкоголя в контексте различных ситуаций. Те, кто употребляет алкоголь в силу традиций общества, чаще делают это на вечеринках среди лиц обоего пола; те, кто употребляет алкоголь для улучшения самочувствия, выпивают вместе с друзьями того же пола дома у друзей или в барах; те, кто употребляет алкоголь в связи с мотивами совладания со стрессом, выпивают дома [54]. Исследование,

проведенное на выборке учащихся колледжей Канады, подтверждает недифференцированность мотивов – молодые люди употребляют алкоголь по разным причинам в зависимости от ситуации употребления [55].

У подростков, чьи родители демонстрируют неконтролируемое употребление алкоголя, спустя год после первого знакомства со спиртным развивается тяжелое злокачественное употребление. В семьях с контролируемым и более редким употреблением алкоголя таких явлений не прослеживается [56].

Имеются противоречивые данные о том, что тип личности влияет на мотив употребления алкоголя [32, 57], с чем не согласны другие авторы [58]. Недостаточная мотивированность выпивок больше свойственна подросткам с девиантным поведением [50].

В своей мотивационной модели употребления алкоголя [41] предположили, что мотивы употребления алкоголя опосредованно воздействуют через личностные конструкты. Личностные факторы, возможно, являются значимыми предикторами у людей с различными стилями мотивации [59], поэтому авторы оспаривают важность связей между мотивами употребления алкоголя, чертами личности и употреблением алкоголя. Соответственно, обнаружено несколько исследований, которые указывают на связь между мотивами употребления алкоголя и личностными факторами. Последние охватывают в основном четыре категории: поиск новых ощущений, низкий контроль торможения, тревожность и другие факторы, связанные с личностью [60, 61]. При рассмотрении личностных характеристик в рамках пятифакторной модели личности было выявлено, что четыре фактора из данной модели, такие как высокий уровень экстраверсии, низкий уровень добросовестности, высокий нейротизм и низкая склонность к компромиссам, связаны с отдельными мотивами употребления алкоголя [54, 59].



Личностные факторы главным образом связаны с употреблением алкоголя для улучшения самочувствия или с мотивами совладания со стрессом [41]. Данные факторы менее значимы при рассмотрении внешних мотивов (социальные мотивы: внешние, позитивные; конформность: внешняя, негативная), так как они более зависимы от контекста и менее устойчивы с течением времени [54, 62].

В качестве одной из причин алкогольной зависимости некоторые авторы указывают эйфоризирующее действие алкоголя. Именно это свойство алкоголя и заставляет людей часто употреблять его [8, 63].

Было обнаружено, что употребление алкоголя с целью усиления позитивного эмоционального состояния связано с высоким уровнем экстраверсии [64, 65]. Экстраверты чувствительны к положительным аффективным стимулам, и поэтому более склонны к употреблению алкоголя в связи с мотивами улучшения самочувствия [60].

Мотивы улучшения самочувствия определяются как употребление алкоголя с целью усиления позитивного эмоционального состояния и выражаются тем, что употребление алкоголя оценивается как захватывающий или приятный опыт. Соответственно, в результате исследований было обнаружено, что мотивы улучшения самочувствия связаны с поиском новых ощущений [38, 66], что определяется как личностный фактор, относящийся к желанию приобрести новый интересный опыт. Наряду с этим, было обнаружено, что мотивы улучшения самочувствия связаны с низким контролем торможения [67], а также с агрессией [68]. Гедонистическая мотивация наиболее неблагоприятна с точки зрения формирования алкоголизма [52, 58, 69, 70, 71]. Стремление испытать эйфорию являлось мотивом у 71% подростков-аддиктов [72]. Исследования показали, что у учащихся колледжей США, употребляющих алкоголь для улучшения эмоционального состояния, были обнаружены низкие добросовестность, надежность и стремление к

достижениям. Утверждается, что из-за низкого уровня внутренней дисциплинированности и рассудительности люди с низкой добросовестностью более склонны к кратковременным стимулирующим видам деятельности, таким как злоупотребление алкоголем, и менее склонны к оцениванию долговременных последствий такого поведения. Кроме того, в некоторых исследованиях обнаружена корреляция между мотивами совладания со стрессом и низкой добросовестностью. Однако эта связь становится незначимой, если статистически учитывать мотивы улучшения самочувствия [73, 74, 75].

Существует значительное подтверждение того, что употребление алкоголя для преодоления негативного эмоционального состояния связано с высоким уровнем нейротизма, гиперчувствительностью к критике, неуверенностью в себе и тревожностью [62, 76, 77]. Употребление алкоголя – одна из нескольких неадаптивных копинг-стратегий, использующихся невротиками при частых попытках справиться с последствиями негативных событий [60, 78]. Также была обнаружена связь нейротизма с социальными мотивами [62] и мотивами улучшения самочувствия [38]. Тем не менее, установили [77], что хотя нейротизм и связан со многими мотивационными аспектами, только копинг-мотивы сохранили значимую связь после учета всех изучаемых мотивационных аспектов.

Кроме нейротизма, мотивы совладания со стрессом связаны с низким уровнем склонности к компромиссам, уступчивости и благоприятных межличностных отношений [76, 77]. Люди с низким уровнем склонности к компромиссам (враждебные, эгоистичные и безразличные по отношению к другим) склонны к межличностным конфликтам [62] и насилию [79], и таким образом могут использовать алкоголь в качестве средства борьбы с возросшим уровнем социального стресса, с которым они сталкиваются

[77]. Что касается открытости, [54] не было установлено значимых связей данной черты ни с каким мотивом употребления алкоголя.

В.В. Гульдман, А.М. Корсун [80] отмечали рост фактора поиска впечатлений как варианта гедонистического мотива, который в странах Запада в 90-е годы стал доминирующим, в отличие от прежней коммуникативной мотивации, что было характерно для “эпохи хиппи”.

При изучении взаимосвязи между потреблением алкоголя и агрессивностью обнаружена посредническая роль последней во взаимоотношениях когнитивных функций и алкоголизации, характерных в основном для лиц мужского пола. Низкая способность к исполнительским функциям является этиологическим предшественником агрессивного поведения, а в последующем и алкоголизации [81].

В основе алкогольной мотивации у подростков часто лежит психологическая особенность, поиск новизны или "предрасположенности к переменам", что отражает готовность изменить свой статус в процессе развития. Такая психологическая особенность зависит от индивидуальных особенностей подростка. Лишенные такой предрасположенности "обычные" подростки, старающиеся хорошо учиться, в меньшей степени склонны к всякого рода аддиктивным экспериментам. Большое влияние на "предрасположенность к переменам" оказывает окружение подростка, особенно поведение его близких друзей [68, 82].

В исследовании группы 13-19-летних в США была обнаружена положительная корреляция между импульсивностью, определенной как немедленная реакция на возникновение порывов и желаний, и мотивами улучшения самочувствия. Однако в этом исследовании импульсивность не оказалась значимым предиктором мотивов улучшения самочувствия в тех случаях, когда экстраверсия и нейротизм были учтены при многофакторном регрессионном анализе [38].

«Запрет на эмоции» – фактор риска. ПАВ раскрепощают эмоции или искусственно их стимулируют [83]. Имеются довольно тесные отношения между эмоциональным состоянием человека и алкоголизацией [84, 85]. Многие авторы в своих исследованиях делают акцент на атарактических мотивах употребления алкоголя, т.е. когда прием алкоголя способен снижать уровень тревожности или облегчать проявление депрессии [22, 77, 86, 87].

Лица с высокой чувствительностью к тревожности характеризуются наличием у них страхов, касающихся возможных отрицательных последствий симптомов тревожности, таких как боязнь соматического заболевания, смущения при нахождении в обществе или потери внутреннего контроля. Люди с высокой тревожностью употребляют алкоголь из-за его успокаивающего действия, позволяющего контролировать симптомы, которых они боятся. В отличие от них, например, студенты с низкой тревожностью употребляют алкоголь главным образом из-за социальных мотивов или мотивов улучшения самочувствия [65, 86, 88].

У лиц с тревожными расстройствами вероятность формирования алкогольной зависимости в 2 раза выше, нежели у лиц без тревожных расстройств [22].

D. B. Clark и M. A. Sayette при исследовании 226 подростков, поступивших на стационарное лечение с диагнозом зависимости от ПАВ, у 43% выявили критерии тревожного расстройства, а основными диагнозами были социальные фобии и панические атаки, у 13% ПТСР (физическое или сексуальное насилие со стороны члена семьи). При ретроспективной оценке первопричинности в вышеуказанных коморбидных состояниях 52% изначально имели тревожное расстройство, и большинство из них 77% использовали алкоголь в качестве анксиолитика [89].

Установлено, что связь между тревожностью и мотивами совладания со стрессом была более значимой у девушек, чем у юношей, учащихся в колледжах Канады [90]. В другом исследовании выяснилось, что более значимая корреляция была между тревожностью и мотивами совладания со стрессом у канадских студентов с высокой личностной тревожностью [88]. Авторы предполагают, что подростки, часто испытывающие тревогу, будут более мотивированы на то, чтобы попытаться контролировать свою тревожность с помощью употребления алкоголя, если они сильно боятся тревожных симптомов. Рост вероятности употребления алкоголя можно объяснить более активными попытками контроля внутреннего негативного опыта.

Широко распространенным является предположение, что люди употребляют алкоголь для уменьшения стресса и что стресс может влиять на увеличение потребления алкоголя [91]. Исследования, в которых проводилось изучение социальных перспектив, показали, что ассоциация между стрессом и потреблением алкоголя меняется в зависимости от стиля копинга и алкогольной мотивации и/или предвкушения [92]. При изучении гендерного аспекта этих отношений установлена большая уязвимость мужчин, регулярно пьющих в дни с высоким уровнем стресса, имеющих более сильные положительные предпочтения употребления алкоголя. Alvarez [93] выявил, что гендерные различия в отношениях алкогольной аддикции и различных типов стресса изменяются в зависимости от социальной поддержки и копинг-механизмов.

Обычно используют алкоголь в качестве анксиолитика люди замкнутые и эмоционально холодные [89]. В одном исследовании учащихся колледжей США у лиц с низкой самооценкой преобладали мотивы употребления алкоголя, ориентированные на совладание со стрессом [94]. В частности, у учащихся мужского пола обнаружена связь

данного вида мотивов с отчужденностью, чувством беспомощности, фрустрацией, отчаянием и социальной изоляцией [81].

Среди учащихся канадских колледжей и студентов университетов США наиболее значимой была корреляция депрессии с копинг-мотивами употребления алкоголя [65, 95, 96, 97]. До 80% лиц с зависимостью от алкоголя жалуются на один или несколько симптомов из критериев депрессивного эпизода, но лишь 30% выполняют его критерии. У 42% пациентов, поступающих на лечение по поводу алкогольной зависимости, обнаружены клинические признаки депрессии. Спустя месяц после проведения противоалкогольного лечения (без применения целенаправленного лечения депрессии) лишь у 6% сохранялись критерии депрессии [22].

К употреблению спиртного и наркотиков часто прибегают из-за их пресловутой "способности усиливать половое чувство", хотя на самом деле такая способность существует лишь в воображении подростка, а не заложена в химической структуре используемого вещества [67].

При исследовании фенотипических маркеров генетических механизмов мотивов употребления алкоголя и риска алкогольной зависимости выявлены две переменных: биологическая мотивация в виде вкусового пристрастия к сладким пищевым продуктам, и психологическая мотивация в виде стремления к поиску новизны. При биологической мотивации существенную роль играют структуры мозга и физиологические реакции, управляющие вегетативным статусом, которые сопровождают состояние отмены и активизируют влечение [98].

Следует отметить, что во многих исследованиях подтверждена взаимосвязь между психопатологической симптоматикой и особенностями межполушарных взаимодействий головного мозга [58, 69, 81, 99]. Тип полушарной латерализации функций (преобладание правого либо левого полушария головного мозга) является нейрофизиологической основой

психофизиологического статуса личности, ее индивидуальности. «Латеральная конституция» может являться одним из факторов predispositions риска формирования алкогольного аддиктивного поведения и различных вариантов его динамики, а также влиять на клинические особенности алкогольной зависимости (в частности, на скорость формирования клинической симптоматики, глубину нарушений биологической реактивности организма к алкоголю). Кроме того, латеральная конституция может являться своеобразной почвой для формирования определенных постинтоксикационных изменений, способствующих социальной дезадаптации, возникающих в результате изменений личности и когнитивных нарушений [49].

В различных культурах наблюдаются схожие мотивы употребления алкоголя подростками. Большинство из них употребляет алкоголь в связи с социальными причинами или причинами улучшения самочувствия – для получения удовольствия. В исследовании, проводимом на выборке 13-18-летних в Аргентине, было обнаружено, что 80% принимали алкоголь для получения удовольствия, 7% – для поднятия настроения, 4,6% – чтобы быть принятыми в группе сверстников, 1% – чтобы расслабиться или избавиться от скуки [4]. Среди 14-16-летних подростков Великобритании и учащихся колледжей США наиболее распространенная причина – получение большего удовольствия от вечеринки [95, 100]. В канадском исследовании студентов колледжей среди причин выявлены: получение удовольствия от вкуса – 24,9%, празднование событий – 21,3%, повышение общительности – 16,9%, для преодоления проблем или уменьшения смущения – 2,1% [100]. Среди 14-18-летних канадских подростков тремя наиболее частыми причинами употребления алкоголя были “чтобы повысить настроение для вечеринки” (18%), “потому что мне это нравится” (16%), “чтобы напиться” (10%) [100]. Среди 15-17-летних подростков Гонконга такая причина, как употребление алкоголя ради

развлечения, преобладала у девочек, тогда как мальчики употребляли алкоголь для того, чтобы испытать его воздействие [101].

Существует ряд исключений, свидетельствующих о культуральной обусловленности употребления алкоголя. В Испании наиболее часто отмечают такие причины употребления алкоголя: “мне нравится вкус”, “это общепринятая традиция”, “это помогает пищеварению” [93]. Этот факт может быть связан с тем, что в странах Южной Европы вино, часто в небольших количествах, употребляется во время приема пищи [4]. Данные результаты были получены в странах с различными традициями употребления алкоголя, однако, при проведении одного из исследований причин употребления алкоголя в разных этнических группах внутри одной страны различий между мотивами не было выявлено [102]. В данном исследовании все испытуемые, американцы английского, африканского и мексиканского происхождения, отмечали типичные причины употребления алкоголя.

Обнаружено два исследования, в которых проводилось непосредственное сравнение мотивов употребления алкоголя и паттернов его употребления в выборках из разных стран. В кросс-культуральном исследовании, проведенном среди учащихся колледжей США и Японии, было установлено, что в обеих странах участники чаще отмечали социальные мотивы, чем мотивы совладания со стрессом. Однако показатели учащихся колледжей США по социальным мотивам были выше, чем у их сверстников из Японии. Различий показателей по мотивам совладания со стрессом не были обнаружены [101]. В другом кросс-культуральном исследовании учащиеся колледжей США набрали больше баллов по мотивам совладания со стрессом, тогда как показатели учащихся колледжей Нигерии были выше по социальным мотивам [103]. При интерпретации результатов авторы исследования считали личные цели



второстепенными по отношению к групповым целям в африканских культурах.

Кроме различий преобладающих мотивов в разных странах, отмечается, что классификация мотивов употребления алкоголя [41], в которой выделяются мотивы улучшения самочувствия (внутренние, позитивные), совладания со стрессом (внутренние, негативные), социальные (внешние, позитивные) и конформистские (внешние, негативные), является относительно устойчивой в различных культурах. Результаты опросника мотивов употребления алкоголя отражают значительное сходство между структурой мотивов у подростков и учащихся колледжей у подростков из США [54, 104], Канады и Швейцарии [61].

Широко обсуждается вопрос, касающийся предрасположенности алекситимичных индивидов к развитию патологии влечений – зависимости от алкоголя, наркотиков.

Alexithymia от слов *lexis* ("дикция", "слово") и *thymos* ("душа, как место эмоций, чувств, и размышлений"), дословный перевод - "без слов для эмоций" – термин предложенный психотерапевтом Р. Е. Sifneos в 1972, чтобы описать состояние дефицита в осознании, выражении и описании эмоций [105, 106].

Под алекситимией понимают особенности личности, проявляющиеся в виде трудностей в определении и вербализации эмоций, а также в определении различий между чувствами и телесными ощущениями, бедностью воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [105, 107]. Межличностные связи таких людей обычно бедны, с тенденцией к патологической зависимости или предпочтением одиночества, избеганием общения с другими людьми. Р. Е. Sifneos предположил, что алекситимический стиль в когнитивно-эмоциональной сфере характерен для пациентов с психосоматическими

заболеваниями. В отличие от «невротиков», которые предъявляют много эмоционально окрашенных жалоб на нарушения в психологической сфере, алекситимики жалуются преимущественно на соматическое неблагополучие [108, 109]. Некоторые алекситимичные люди могут казаться противоречащими вышеупомянутым особенностям, потому что они могут испытывать хроническую дисфорию или проявлять вспышки крика или гнева. Однако, как показывает практика, они действительно неспособны к описанию и дифференцировке чувств [110].

Алекситимия – кросскультурный феномен, идентифицированный в исследованиях 18 различных этнических и расовых групп [111, 112]. У 45-67 % злоупотребляющих алкоголем лиц была обнаружена алекситимичность [113, 114, 115]. Имеются некоторые доказательства того, что алекситимия может оказывать неблагоприятное влияние на результаты лечения алкогольной зависимости [116], и увеличивать затраты на лечение [117].

Среди здорового населения алекситимические черты присущи по разным данным от 5 до 23% населения [118].

Алекситимики в обыденной жизни могут не проявлять явной психической патологии, однако под воздействием стрессовых факторов возрастает вероятность развития аддикции (алкогольной или лекарственной зависимости), нарушения пищевого поведения, тревожно-депрессивных расстройств [119]. В настоящее время получены обширные данные о связи алекситимии с семейными [120], социальными [121, 122] и культуральными [123] факторами. Алекситимия чаще выявляется у лиц мужского пола с низким социальным статусом и уровнем доходов, невысоким уровнем образования [107, 122]. Частота встречаемости алекситимии увеличивается с возрастом [112, 124].

Ранние результаты, предполагающие взаимосвязь между алекситимией и алкогольными проблемами, были получены с помощью

личностной шкалы Schalling-Sifneos (SSPS) [125]. При использовании SSPS обнаружили наличие проблем алекситимии у 78 % лиц, злоупотребляющих алкоголем. Это, вероятно, завышенные результаты, так как в большинстве последующих исследований, использующих более точные психометрические шкалы, показаны результаты в пределах 45-67% [115, 126]. Такой разброс данных исследователи объясняют тем, что данные получены при исследовании в разных психиатрических клиниках (порядка 150). Несмотря на вышеуказанные издержки, полученные результаты отражают интересную информацию об отношениях между алекситимией и алкоголизмом. Более высокий уровень алекситимичности наблюдался у лиц с семейной наследственностью по алкогольной зависимости [127]. У абстинентов и лиц с алкогольной зависимостью отмечалась прямая корреляционная связь уровней алекситимии и депрессии [128]. Алкогольная наследственность и алекситимия были связаны с клиническими и биохимическими особенностями алкогольной зависимости, но не было найдено существенного взаимодействия между тяжестью алкоголизма и алекситимией [129, 130].

Эти предварительные результаты создали интерес для дальнейших исследований, но из-за их поперечной направленности, проблем измерения, гендерного влияния и нехватки внутренней валидности, были менее весомы по сравнению с более поздними исследованиями.

Имеются результаты о положительных отношениях между алекситимией и алкогольной зависимостью в подростковом и молодом возрасте. Handelsman и др. установили, что лица, злоупотребляющие алкоголем и другими ПАВ, имели значения по уровню алекситимии выше средненормативных [131]. Haviland M.G. и др. диагностировали клинически выраженную алекситимию у 42% мужчин и женщин, госпитализированных для стационарного лечения по поводу зависимости

[132]. Ziolkowski et al. обнаружили алекситимию у 48% амбулаторных пациентов мужского пола с алкогольной зависимостью [133].

Алекситимия и потребление алкоголя. В обзоре по результатам научного исследования, проведенного на финских мужчинах среднего возраста, обнаружена связь алекситимии с алкоголизмом. В течение года обследовано 2297 мужчин относительно статуса алекситимичности [134]. Данные включали качественные и количественные характеристики алкогольных проблем, последствия чрезмерного питья и факторы преодоления стресса. Результаты были дополнены оценкой гаммаглутаминтрансферразы (GGT) в крови и корпускулярным объемом эритроцитов (MCV). Результаты показали, что “злоупотребление алкоголем” и неприятные последствия опьянения больше были распространены среди людей с более высокими уровнями алекситимии. Количество потребления алкоголя, частота и тяжесть последствий были связаны с алекситимией и находились в прямой корреляционной связи ( $p < 0,05$ ). Слабая прямая корреляция наблюдалась между алекситимией и соматическими последствиями потребления алкоголя (артериальная гипертензия, язвы, желудочно-кишечные расстройства, панкреатит, неврологические нарушения и кардиомиопатия). Авторы указали, что это могло быть связано с нехваткой статистической достоверности, так как за короткое время тяжелое питье не могло повлиять на формирование соматической болезни. Альтернативные, этиологические факторы, кроме алкоголя, могли также способствовать началу и развитию соматических болезней [135]. Популяционные исследования связи алкогольных расстройств с артериальной гипертензией [136] и желудочно-кишечными нарушениями [137] показали более высокие ее показатели при наличии у алкоголиков алекситимии. Не было никаких существенных отношений между рабочими стрессами и потреблением алкоголя, хотя потребление

алкоголя способствовало облегчению напряжения у пациентов с алекситимией [129].

В проведенных исследованиях есть нехватка информации относительно связи алекситимии с частотой и количеством употребления алкоголя у зависимых от алкоголя лиц.

Алекситимия и тяжесть алкогольных проблем. В поперечном исследовании [138] найдена умеренная корреляционная связь ( $r=0,36$ ;  $p<0,01$ ) между данными Торонтской алекситимической шкалы (TAS-20) и Мичиганским скрининг-тестом на алкоголь (MAST). Точно так же Uzun A. et al. нашли сильную положительную корреляцию ( $r=0,63$ ;  $p<0,01$ ) между TAS-20 и MAST и между продолжительностью употребления алкоголя и уровнем алекситимии у 48,2 % алкоголиков мужского пола, имеющих клинически значимую алекситимичность по результатам TAS-20 более 60 баллов [113].

У алкоголиков с признаками алекситимичности значительно более молодой возраст начала употребления алкоголя, более продолжительный стаж злоупотребления и значительно более высокие показатели по MAST в сравнении с неалекситимичными людьми. Это указывает на более серьезные алкогольные проблемы у лиц, имеющих алекситимичность. Уязвимость исследования заключается в отсутствии анализа влияния на результаты наличие у обследованных тревоги, депрессии, уровня образования, отсутствие оценки результатов алекситимии в зависимости от уровней по MAST [113].

Точно так же при исследовании алекситимии не обнаружено различий в зависимости от возраста, уровня образования, продолжительности употребления алкоголя и уровней по MAST между алекситимичными и неалекситимичными алкоголиками [126]. Эти несогласованности могут быть связаны с потенциальными различиями по использованным критериям исключения.

Uzun A. et al. [113] исключали людей с коморбидными психологическими нарушениями, полинаркоманией, соматическими заболеваниями и психоорганическим синдромом. Неизвестно, сделали ли Ziolkowski et al. [133] то же самое. Evren C. [114] исключал людей с другими формами зависимого поведения и когнитивным дефицитом. Другие различия между результатами исследований, вероятно, связаны с использованием различных версий TAS или различиями в измерении алкогольных проблем, незначительными размерами выборок. В настоящее время есть неопределенное доказательство предлагаемой связи между алекситимией и алкогольной зависимостью, и неубедительностью теоретической гипотезы, предполагающей, что алекситимия – фактор риска в происхождении алкогольной зависимости [110, 131].

Поскольку люди с алекситимией часто чувствуют себя некомфортно в социальных ситуациях [105, 139], некоторые исследователи предложили, что алекситимичность у людей, употребляющих алкоголь, выступает в роли защитного механизма при стрессе или служит для улучшения межличностного функционирования [121, 129]. Однако немногие из этих гипотез были подтверждены опытным путем.

Алекситимия и риск алкогольных проблем. Более 70 факторов риска связаны с зависимостью от ПАВ [30]. Многие психосоциальные факторы риска включают проблемы психического здоровья, дисфункциональную семейную обстановку, наследственность, когнитивные особенности, эмоциональные нарушения, личностные изменения [30, 111, 140].

Психические травмы в детстве могут являться важным фактором риска для формирования зависимых форм поведения. Найдена сильная ассоциация между ранним сексуальным насилием и алекситимией у больных с алкогольной зависимостью [141, 142].

В большинстве немногочисленных исследований отмечена взаимосвязь между различными формами насилия в детстве и развитием

алекситимии, которая в последующем может являться базой для формирования зависимых форм поведения [95, 142, 143].

Наличие психологической травмы или детского насилия в детстве осложняет клиническую картину зависимости во взрослом состоянии, добавляя психологический и поведенческий дистресс [95], предопределяет развитие коморбидности и более худшие результаты лечения [95, 144].

Алекситимичность больше выражена у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, интравертированных по своей личностной структуре, имевших в детстве недостаток теплых отношений с отцом [127].

Junghanns et al. [145], используя TAS-20, занимались исследованиями в области влечения к употреблению алкоголя для «редукции напряжения и регуляции аффекта» при алекситимии. Результаты исследования показали, что более высокое желание употребления алкоголя было связано с «трудностями идентификации и описания чувств».

Некоторые авторы предполагают, что неустойчивая адаптация и алекситимия являются значимыми факторами риска формирования алкогольной зависимости [110, 128, 146]. Современная теория адаптации рассматривает аддикцию как расстройство адаптации [55] или неустойчивую адаптацию, связанную с вредными паттернами злоупотребления [64, 138, 147] или алкогольной зависимости у людей с алекситимией, использующими алкоголь как копинг механизм для эмоциональной саморегуляции [94, 146, 148].

Отмечена связь между алекситимичностью и депрессией, которая может иметь различную этиологию, в том числе ассоциированную с алкогольными проблемами. Высказывается предположение, что депрессия и алкоголизм часто сочетаются [90, 149] и осложняют течение друг друга [150]. Депрессия у лиц с алкогольной зависимостью предопределяет более короткие периоды постлечебных ремиссий [76, 151] и является отрицательным фактором для воздержания от алкоголя [87]. Алкоголики с

алекситимичностью имеют более высокий уровень депрессии по сравнению с алкоголиками, имеющими пограничный ее уровень, и алкоголиками без алекситимии [111]. В исследованиях алекситимичности относительно депрессии [128] и суицидального мышления [116, 152] предполагается, что депрессия может быть фактором, обеспечивающим связь алекситимии с алкоголизмом.

Две трети людей с высоким уровнем риска суицидальных мыслей были алекситимичными [116]. Однако не было никаких существенных различий у алкоголиков с высоким и низким риском суицидальных мыслей по четырем факторам алекситимии («TAS-идентификация», «TAS-вербализация», «TAS-когниции» и «TAS-фантазии») опросника TAS-26 [138]. Авторы предполагали, что люди с алкоголизмом и высоким уровнем суицидальных мыслей характеризовались «трудностями описания чувств». Все же, эти данные экспериментально не подтвердились, т.к. не найдено существенных различий по фактору «TAS-чувства» у алкоголиков с высоким и низким риском суицидальных мыслей [116].

Loas G. et al. [117] исследовали алекситимию, нарушения эмоций и восприятия, депрессию с помощью теста встроенных картинок у потребителей алкоголя в обществе и среди студентов. Тест измеряет способность к идентификации простых чисел, встроенных среди геометрических фигур. Witkin H. A. et al. [153] предложили неспособность распознавать простые объекты на фоне более сложных декораций называть «пространственной зависимостью», которая проявляется неспособностью анализировать и структурировать внешние и внутренние переживания. Результаты показали, что внешне ориентированное мышление связано с нехваткой социальной уверенности в себе и имеет более низкие значения по тесту у алкогользависимых. Это подтверждается данными о том, что алекситимичные пациенты некомфортно чувствуют себя в различных социальных ситуациях [113, 139]. У лиц без алкогольных проблем



трудности идентификации чувств и внешне ориентированное мышление не были связаны с результатами теста встроенных картинок. Авторы делают заключение, что люди, страдающие зависимостью, характеризуются когнитивным стилем, состоящим из внешне ориентированного мышления, нехваткой эмоциональной самоуверенности и пространственной зависимостью, что отражает недостаточную способность обработки информации аналитическим способом. Методологическая слабость исследований Loas G. et al. [117] в том, что не было никаких сообщений о периоде воздержания от алкоголя перед проведением исследований и исследование проведено на небольших выборках, что могло повлиять на надежность результатов для исследований подобного типа [106, 154].

Есть некоторые принципиальные вопросы, на которые нужно обратить внимание при исследовании связи между алекситимией и алкогольными проблемами. Один из них – связь алекситимичности с количеством потребляемого алкоголя. Только в одном поперечном исследовании отмечена сильная ассоциация между этими характеристиками [134]. При исследовании имела место адекватная методология, но данные были получены на не совсем репрезентативной выборке алкогользависимых пациентов. Кроме того, в работах желательно исследовать связь алекситимии с тяжестью алкогольных проблем. Данный аспект затрагивался в четырех исследованиях, однако все они не имели законченного результата по данной проблеме [113, 126, 133, 138]. Будущие исследования должны сосредоточиться на том, чтобы объяснять отношения между алекситимией и тяжестью алкоголизма, принимая во внимание многомерную природу алекситимии, и установить, является ли алекситимия характеристикой, взаимосвязанной с алкогольными нарушениями, или является самостоятельным фактором риска.

Клинические уровни алекситимии могут являться предикторами рецидивов у зависимых от алкоголя амбулаторных больных [117, 133].

Поперечное частное исследование показало, что люди с алекситимией сообщали о более коротких периодах воздержания от алкоголя по сравнению с лицами без алекситимии. В группе с длительными ремиссиями (12-108 месяцев) 33% лиц с алекситимичностью, среди лиц с кратковременными ремиссиями 66% таких лиц. Длительность ремиссий была больше у женатых. Результаты метода множественного регрессионного анализа показали, что алекситимичность лишь на 20 % влияет на ремиссию [133]. При проведении проспективного исследования [117] обнаружено повышение сывороточного кортизола у алекситимичных пациентов, по сравнению с неалекситимичными, накануне срыва.

Проспективное методологическое исследование нашло положительную ассоциацию между «трудностями идентификации и описания чувств» и тяжестью алкогольных проблем до и после лечения [138]. У лиц с более высокими уровнями алекситимии имелись более серьезные проблемы с алкоголем, даже после воздержания от потребления алкоголя. У пациентов с алкогольной зависимостью, находившихся на стационарном лечении, выявлено наличие алекситимичности у 67,4%. Повторные исследования уровня алекситимии спустя 15 месяцев у тех же пациентов выявили более высокие значения у лиц имевших рецидив, и более низкие у находящихся в ремиссии [117].

Алекситимия может быть важным нераспознанным фактором абстиненции, хотя убедительной связи между алекситимией и состоянием отмены не имеется. До настоящего времени были проведены только три исследования, занимающиеся исследованиями связи алекситимии и абстиненции, в двух из которых показано отрицательное влияние алекситимии на состояние отмены алкоголя [117, 133]. В этих исследованиях не найдено различий между уровнем алекситимии у трезвенников и зависимых [152]. В исследовании, сосредоточенном в основном на отношениях между алекситимией и абстиненцией у лиц с

алкогольной зависимостью мужского пола [133], не найдено существенных различий в возрасте начала и продолжительности зависимости, возрасте и уровне образования между лицами с алекситимией и без нее. Исследование эффектов влияния детоксикации на показатели алекситимичности у лиц, зависимых от ПАВ, с помощью TAS-20 показало, что при измерении базового уровня алекситимии до алкогольного эксцесса и через 4-6 недель после купирования состояния отмены он существенно не отличался. Результаты подтверждают, что алекситимичность имеет тенденцию быть устойчивой личностной характеристикой.

Есть единственное исследование, в котором сообщается о лучших результатах лечения для алекситимичных лиц с алкогольной зависимостью методами когнитивно-поведенческой терапии, чем терапии повышения мотивации. Это потенциально может быть объяснено более сильным акцентом на приобретении определенных навыков при КПТ [39].

До сих пор неясно, каковы причины алекситимии, хотя предложено несколько теорий. Есть данные о генетической предрасположенности к алекситимии, а также об экологических причинах. Поэтому остается открытым вопрос о причинно-следственных взаимодействиях между алекситимичностью, алкогольной зависимостью и наследственной предрасположенностью к вышеуказанным расстройствам. Есть гипотеза, согласно которой экзогенное повреждение (в том числе интоксикация) – главная причина формирования алекситимии. Люди, перенесшие травматическое повреждение головного мозга, в шесть раз более вероятно проявляют алекситимичность [139].

По многим ключевым вопросам нужно обратиться к исследованиям, верифицирующим связь между алекситимией и алкогольной зависимостью. Во-первых, отношения между алекситимией и потреблением алкоголя требуют серьезной экспертизы алкогольных

проблем. Во-вторых, различные измерения алекситимичности потенциально связаны с определенными погрешностями у лиц, употребляющих алкоголь и имеющих определенные ответные реакции вследствие употребления алкоголя. В-третьих, требует исследования прогностическая полезность алекситимии как предиктора прогнозирования результатов лечения алкогольной зависимости.

Дети из неполных семей, сироты в большей степени склонны к формированию зависимости, а также менее податливы в лечении алкогольной зависимости, нежели подростки, растущие в более благополучных семейных условиях [105].

Доказано влияние социума на отдельную личность. Существует так называемая теория социального воздействия. Согласно этой теории, чувства, отношение к чему-либо, а также поведение индивидуума находится под непосредственным влиянием окружения. Т. е. различная среда диктует различное поведение. В наибольшей степени это влияние выражено в подростковых коллективах – школах, училищах, колледжах, университетах. Доказано, что в компании количество употребляемого подростком алкоголя резко возрастает. В основе этого факта лежит, как правило, стремление не выделяться, быть как все. Причем, говоря о влиянии коллектива, следует отметить, что в наибольшей степени на отдельную личность влияет пребывание в небольшой компании (оптимально 7-8 человек), в то время как большие компании дают возможность «затеряться в толпе», сохранив большую самостоятельность в поступках и действиях [102, 155].

Существенным предиктором социальной дезадаптации, низкой эффективности воздержания от употребления алкоголя после краткосрочных профилактических вмешательств, искажений в социальном познании, в том числе неадаптивных убеждений относительно эффектов алкоголя, является нейроповеденческая расторможенность в детстве.

Следовательно, она является достоверным предиктором возникновения зависимости в детском и юношеском возрасте [46]. Наличие нейроповеденческой расторможенности в 10-12 лет предсказывает результат формирования зависимости в 19 лет с 63%-ой, в 16 лет - с 85%-ой точностью. Тяжесть нейроповеденческой расторможенности в препубертатном периоде у детей увеличивается в tandem с алкогольной наследственностью родителей [49]. Одним из феноменологических признаков нейроповеденческой расторможенности является импульсивность.

Импульсивность, которая может определяться по-разному: как нехватка планирования, слишком быстрый ответ, неспособность сдерживать удовлетворение или слабый контроль, является фактором рискованного поведения для здоровья, включая злоупотребление алкоголем и другие проблемы [11]. Вероятно, что индивидуальные различия преморбиды, обуславливающего рискованное для здоровья поведение, являются продуктом уникального генотипа и воздействия факторов окружающей среды [49]. Молодые люди, при относительно высоком риске проблемного поведения, имеют особенности развития мозга, влияющие на поведенческий контроль.

Импульсивность, как предиктор предрасположенности к зависимым формам поведения, может рассматриваться, как один из вариантов неспособности сдерживать себя [156]. Импульсивность определяется как предрасположенность к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние стимулы без учета отрицательных последствий этих реакций для самого импульсивного человека или в отношении других [157]. Импульсивность может изменить отношения между потреблением алкоголя и агрессией [57]. В одном лабораторном исследовании показано, что импульсивность была значительно связана с увеличением агрессивного ответа после потребления алкоголя [158]. Однако при обзоре исследования

подростков мужского пола не найдено свидетельств эффектов такого взаимодействия [52].

Импульсивность является одним из ключевых симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). СДВГ включает, кроме импульсивности, невнимательность и моторную гиперактивность. Подростки и взрослые с нарушениями в виде СДВГ также имеют высокий риск формирования зависимости от алкоголя [8]. Около 50 % взрослых с СДВГ имеют в анамнезе злоупотребление ПАВ [159]. У лиц, у которых в детстве был обнаружен СДВГ, во взрослом состоянии имелось злоупотребление ПАВ в 22-71% случаев [47]. Злоупотребление больше распространено среди лиц, у которых в первой степени родства был СДВГ. Согласно исследованиям, у алкоголиков с СДВГ утрата количественного контроля употребления алкоголя происходит почти на 11 лет раньше, изменение толерантности приблизительно на 7 лет раньше, на 5 лет раньше происходит формирование синдрома отмены. Кроме того они отличаются большим количеством и частотой потребления алкоголя в месяц [82].

Ряд современных исследований посвящен изучению психических особенностей детей из семей, где один или несколько родственников страдают алкогольной зависимостью [160]. Одно из подобных исследований показало, что из 140 подростков, растущих в семьях, где один из родителей страдает алкоголизмом, 5,7% имеют биполярное аффективное расстройство, 24,4% – выраженное депрессивное расстройство, 7,1% – тревожное расстройство (в том числе 5,7% – паническое расстройство, 1,4% – генерализованное тревожное расстройство). В последнее время в ряде стран организуются программы национального масштаба по борьбе с алкоголизмом. Одна из программ США («Healthy People 2010») предполагает снижение количества

употребляющих алкоголь студентов колледжей на 20% к 2010 году [155, 161].

Несмотря на то, что многочисленные наблюдения за различными династиями на протяжении ряда поколений в разные времена и в разных странах свидетельствовали о наличии наследственной предрасположенности к алкоголизму, также бесспорными являются факторы влияния среды. Вклад каждой составляющей в формирование алкогольной зависимости точно не определен, что иногда затрудняет прогнозирование, а нередко и стратегию лечения.

Дифференцировать значение генетических и средовых факторов стало возможным, прослеживая судьбы детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в «здоровых» семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами [162]. У лиц из алкогольных семей риск развития алкоголизма оказался значительно выше, чем у их неродных братьев и сестер. О важнейшей роли генетического фактора в заболевании алкоголизмом свидетельствуют исследования одно- и двуйцевых близнецов [163, 164]. Если один из однояйцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2-2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем у двуйцевых близнецов, это особенно проявляется у женских близнецовых пар. У детей, родившихся от больных алкоголизмом отцов, риск формирования алкоголизма повышен в 4-6 раз независимо от социального окружения и условий воспитания [163].

Алкоголизм губителен не только для самого человека, но и для потомков. Рожденные в алкогольных семьях дети составляют группу высокого риска не только по алкогольной зависимости, но и по формированию психических, неврологических и соматических нарушений. В порядке убывающей частоты встречаются алкоголизм, психопатии, аффективные расстройства (чаще депрессии) [9]. Потомство больных алкоголизмом матерей характеризуется, прежде всего, умственной

отсталостью, являющейся результатом внутриутробного действия алкоголя на плод (алкогольный синдром плода), а при алкоголизме отцов алкоголизм развивается у 66,6 % взрослых сыновей. В связи с этим к детям больных алкогольной зависимостью применимо обозначение «группа множественного риска».

Существуют исследования, утверждающие, что именно студенты употребляют гораздо больше алкоголя и чаще имеют эпизоды злоупотребления алкоголем, нежели их сверстники, не учащиеся в колледже. Ведь в студенческой среде употребление алкоголя ожидаемо и одобряемо сверстниками. Такие традиции, как выпивка в вечер после экзамена, в честь знакомства, после футбольного матча, студенческого праздника и др. провоцируют злоупотребление алкоголем с последующим развитием аддикции. Следует рассматривать школьников и студентов не просто как будущих взрослых, но и как уникальную социальную группу со свойственными ей закономерностями поведения, отличающимися от таковых у взрослых людей. До сих пор неясно, является ли употребление алкоголя в студенческой среде следствием влияния той самой обстановки и окружения, или же период студенчества совпадает с жизненным этапом молодежи, переходным периодом от состояния подростка к состоянию взрослого человека, характеризующимся высокой тягой к чрезмерному употреблению алкоголя. Последствия употребления алкоголя в этот период не менее печальны. Это как «быстрые» последствия (рискованное сексуальное поведение, аварии при вождении в нетрезвом виде, драки с нанесением тяжких телесных повреждений), так и отдаленные (развитие зависимости, проблемы самоконтроля, нарушения психической сферы). [123, 208].

Клиника подросткового алкоголизма достаточно хорошо описана во многих работах [27, 28, 67]. Основными особенностями его являются: размытость симптомов, быстрое развитие компульсивного влечения,



отсутствие истинных запоев, быстрый рост и непродолжительная толерантность, ложное опохмеление, плохо выраженная стадийность, частое сочетание с токсикоманией и наркоманией. Идеаторный компонент влечения выражен слабее, а аффективный компонент – более отчетливо, чем у взрослых [12]. В отличие от взрослых, среди подростков, попавших в поле зрения наркологов, преобладают лица с доболезненными формами злоупотребления алкоголем. Так, А.Н. Кривенков и др., обследовав в стационаре 304 подростка 15-18 лет, выявили у 193 бытовое пьянство, у 68 – I стадию алкоголизма, у 30 – промежуточную I-II стадию, у 13 – II стадию [209, 210].

Много споров вызывает обсуждение патопластического влияния подросткового возраста на аддиктивное поведение и клинику наркологических заболеваний. Существуют две полярные точки зрения на роль пубертатного периода в прогнозе наркологических заболеваний. Одни авторы считают, что сам по себе подростковый возраст с присущими ему особенностями способствует приобщению к алкоголю и формированию зависимости [12, 27, 157]. Так, [43] регистрируют появление патологического влечения к алкоголю у подростков через 6 месяцев злоупотребления алкоголем, С.Г.Резников, В.В.Дробышев [47] считают, что этот срок составляет от 13,9 до 17,1 месяцев, при этом, от начала употребления до злоупотребления проходит в среднем 1,3 года. П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев [211] регистрировали формирующуюся алкогольную зависимость у девочек-подростков на втором году от начала злоупотребления, у мальчиков этот срок был в два раза дольше. Девочки рано знакомятся с суррогатами (к концу второго года). Б.С.Владимиров [69] отмечает, что динамика алкоголизма у девочек-подростков тесно связана с социальной дезадаптацией. Более злокачественное течение алкоголизма у девочек-подростков отмечается, когда алкоголизация происходит в группировках с иерархией ролей, менее злокачественное –

при выпивках в малых группах, равных по социально-психологическим характеристикам [57]. Другие исследователи [9, 32, 52] сомневаются в роли пубертата как фактора, определяющего неблагоприятное течение болезни. Высказывается даже сомнение в возможности развития алкоголизма у подростков. Таким образом, вопрос о роли подросткового возраста в течении наркологических заболеваний остается открытым.

Факторы, препятствующие приобщению к ПАВ. Этому вопросу в литературе необоснованно уделено гораздо меньше внимания, чем факторам приобщения к ПАВ. Н. Я. Копыт, П.И.Сидоров [11] приводят данные И. Канторовича (1930), выявившего следующие мотивы воздержания от алкоголя: культурного порядка – 53%, внешние препятствия – 20,8%, вкусовые – 16,8%, мотивы здоровья – 8,8%, другие – 0,6%.

Р. Х. Хафизов [44] считает ведущими мотивами отказа от алкоголя среди молодежи знание о вреде для здоровья и плохое самочувствие после выпивки.

В. В. Гульдан, М. В. Шведова [49], обследовав юношей-правонарушителей, эпизодически употреблявших одурманивающие вещества, и контрольную группу, выявили между ними различия в мотивации отказа от употребления ПАВ. Юноши контрольной группы опасались привыкнуть, боялись разрушения организма и психического заболевания. В группе девиантных подростков по частоте выбора преобладало опасение не достичь в будущем своей цели, страх смерти, опасение привыкания, разрушения организма. Для них, по сравнению с контрольной группой, более значим такой мотив отказа, как боязнь юридической ответственности, хотя он и не является главным. Способствует отказу от употребления ПАВ повышение уровня образования и социальной компетентности [92].

С. В. Березин и др. [212] считают, что защищают от употребления психоактивных веществ такие личностные качества, как чувство юмора, внутренний самоконтроль, целеустремленность, стрессоустойчивость, положительные взаимоотношения хотя бы с одним взрослым помимо родителей, наличие привязанностей – способность жить по законам общества. А. М. Гадириан [213] выделяет 9 факторов, относящихся к личности, которые играют роль в профилактике: самореализация, осознание цели жизни, осознание ценности и благородства человека, истинная независимость и свобода, смелость быть непохожим на других, служение человечеству, духовность, преодоление жизненных стрессов.

В целом факторы, защищающие от употребления ПАВ, являются антиподами факторам риска. Однако и здесь имеются противоречия. Так, [212] к факторам защиты относят возможность самостоятельно зарабатывать на жизнь, а Г. Н. Носачев и Г. М. Тютина [214] утверждают, что этот фактор способствует «... переходу аддиктивного поведения в болезнь». С. В. Березин и др. [212] к факторам защиты одновременно относят активность учащихся в жизни школы, класса и роль персонала школы в качестве заботливого попечителя. Педагогам рекомендуется предъявлять «высокие требования к ученикам», хотя, по нашему мнению, логичнее было бы говорить об адекватных требованиях.

Несмотря на значительное распространение аддиктивного поведения, большинство подростков (до 90%) оправдывают самые жесткие меры по борьбе с пьянством [104].

Очевидно, что девочки-подростки взрослеют и становятся женщинами, а в дальнейшем – жёнами и матерями. Традиционно женщина являлась хранительницей семейного очага, созидательницей семьи, обустроивающей семейный очаг. Однако, по данным Национального информационного женского центра США в конце 2000 года в Соединенных Штатах насчитывалось 15,1 млн. лиц, зависимых от

алкоголя, из которых приблизительно 4,6 млн. (треть) – женщины. Женщины, по сравнению с мужчинами, имеют меньшую вероятность заболеть алкогольной зависимостью, однако количество смертей среди женщин с алкоголизмом в 1,5-2 раза выше, чем у мужчин с этой же патологией. Клинический опыт показывает, что летальность женщин связана с бóльшим количеством осложнений со стороны соматической сферы (заболевания печени, поджелудочной железы, сердечно-сосудистые заболевания, неврологические осложнения) и более поздним обращением женщин за лечением в психиатрические стационары или к специалистам–наркологам. Обычно у женщин состояние опьянения более выражено, чем у мужчин после употребления одинакового количества алкоголя. Одной из причин является различие в гормональном обеспечении организма женщин. У последних возникают более ранние и выраженные, по сравнению с мужчинами, нарушения функций мозга, печени и других внутренних органов. Нарушается репродуктивная функция, быстро и относительно рано возникает менопауза, появляется поведенческая дисфункция, нарушается социальная и микросоциальная адаптация. Все это требует проведения гормональных методов исследования в наркологической практике для диагностики состояния женщин с алкогольной зависимостью и определения патогенетических механизмов диагностики. Как показали многочисленные исследования во многих отношениях узловым передаточным механизмом служит гипофиз, с помощью которого целый ряд нервных импульсов, реализуя свое воздействие на сложный механизм гуморальной регуляции, тем самым способствуют расширению сферы воздействия восходящих проекций мозга на кору больших полушарий.

Сотрудниками Национального института по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (США) исследованы влияния гормонов на поведение женщин в абстинентный период. Эксперименты на животных

показали, что данный вопрос регулируется через систему renin–angiotensin, которая управляет артериальным давлением и солевыми обменами в организме. Активация этой системы путем введения алкоголя у крыс заставило животных уменьшить потребление алкоголя.

По данным исследований Myers и Veale потребление алкоголя у лабораторных крыс сказывалось на влиянии стресса на организм. В тех случаях, когда животные подвергались ежедневному неизбежному воздействию электрического тока, количество употребляемого алкоголя не изменилось. Однако потребление алкоголя у них возрастало в тех случаях, когда крысы могли избежать удара электрического тока путем нажатия на рычаг. Потребление алкоголя увеличивалось и при содержании большого количества крыс в одной небольшой клетке, в том числе, если крыс подсаживали в клетку к уже живущим там животным. По этому поводу в 1963 году Smart сообщил, что люди, страдающие алкогольной зависимостью, чаще всего воспитывались в больших семьях. Известно, что под влиянием алкоголя с целью уменьшения переживания стресса или самостоятельного лечения человек применяет алкогольные средства, которые уменьшают не только сиюминутное переживание стресса, но и способствуют ощущению уменьшения испытываемых человеком трудностей. Под влиянием алкоголя человек перестает чувствовать беспокойство, подавленность и свое невежество.

А. Г. Наку с соавторами, исследуя в Молдавии соматические нарушения при винном и смешанном алкоголизме у женщин, установил, что у них преобладали гинекологические воспалительные процессы (эрозии, воспаление придатков, кольпиты), которые в последующем уступали место нарушениям генеративных функций (выкидыши, преждевременные роды, кровотечения в родах), ранним прекращением месячных. В 12% случаев имели место эндокринные заболевания.

Х. Я. Вяре, А. П. Калликорм, изучая взаимосвязь алкогольной анорексии с адренергическими механизмами и тиреоидным гомеостазом, установили, что имеющиеся в литературе данные о тиреоидной функции при алкогольной зависимости являются противоречивыми и нуждаются в изучении. Ими изучено влияние алкоголя на тиреоидную функцию у 24 лиц с алкогольной зависимостью и 20 практически здоровых лиц. Установлено, что тиреотропная активность у испытуемых с алкогольной зависимостью повышена, но гомеостаз этой активности сохранен, что может служить косвенным показателем усиленной потребности в тироксине печени для выполнения его окислительных процессов.

В. В. Яглов указывает, что употребление спиртных напитков и пива представляет серьезную опасность. Они стимулируют выделение различных гормонов и в первую очередь гормона поджелудочной железы инсулина, обладающего свойством понижать уровень глюкозы и жирных кислот в крови и откладывать их про запас в виде гликогена и жира. Особенно это опасно лицам, предрасположенным к ожирению и сахарному диабету.

Л. М. Андропова с соавторами, экспериментально изучая влияние хронической алкогольной интоксикации на крыс, установили, что скорость распада этанола более выражена у самок, а увеличение скорости распада ацетальдегида – у самцов. По мнению авторов, это является одной из причин более высокой у самок степени предпочтения этанола воде и более выраженных у них соматических изменений. Отмечено стимулирующее действие тестостерона на потребление этанола, проявляющееся на всех этапах алкоголизации. Это может быть связано с активирующим его влиянием на этанол-окисляющие системы. В противоположность этому вещества, снижающие андрогенный статус мужского организма, такие, как пролактин, оказываются эффективными в устранении предпочтительного отношения к этанолу у кастрированных крыс-самцов.

Большой вклад в разработку патогенеза алкогольной зависимости внесли исследования ученых Республики Беларусь. В частности, Е. И. Скугаревская, Ю. М. Островский, В. И. Сатановская, М. Н. Садовник, С. Ю. Островский, В. В. Лелевич, наряду с социальными факторами, исследовали ряд биологических предпосылок развития алкогольной зависимости. Для обоснования биологических компонентов данной патологии они выделили следующие факторы:

1. Эпидемиология заболевания среди различных социальных групп населения примерно одинакова.
2. Реакция организма на этанол зависит от особенностей обмена веществ и типа высшей нервной деятельности.
3. Известна наследственная предрасположенность к заболеванию.
4. Симптоматика алкогольной зависимости моделируется на различных видах животных.

Авторы выдвигают следующую точку зрения на патогенез алкогольной зависимости. Утверждая, что эндогенный этанол и ацетальдегид являются обязательными участниками обмена веществ, они заявляют, что недостаточность системы этанол-ацетальдегид врожденного порядка проявляется у животных, как феномен предпочтительного потребления растворов алкоголя вместо воды. Хроническое избыточное поступление алкоголя нарушает нормальное функционирование обмена веществ, что ведет организм к физической зависимости, поскольку единственным способом получить незаменимый метаболит становится использование его внешнего источника.

Говоря об алкогольной зависимости взрослых женщин необходимо отметить, что по данным различных авторов соотношение женской и мужской алкогольной зависимости составляет от 1:5 до 1:1. Клиническая картина алкогольной зависимости изменяется. Некоторые авторы говорят о патоморфозе алкогольной зависимости у женщин. Наиболее серьезными,

на наш взгляд, трудами по изучению женской алкогольной зависимости являются работы Б. М. Гузикова и А. А. Мейрояна, “Лекции по наркологии” под редакцией Н. Н. Иванца, в частности профессора В. Б. Альтшуллера. В книге “Молодежь в меняющемся обществе” говорится, что в сфере занятости положение девушек хуже, чем позиции юношей. В странах переходного периода уровень безработицы девушек и юношей в возрасте 15-24 лет колеблется от 2-3% (Болгария, Словакия) до 15% в Кыргызстане. Уровень безработицы среди девушек выше, чем среди юношей. Работодатели менее склонны брать на работу безработных женщин, особенно имеющих семью, и неохотно продвигают женщин по служебной лестнице.

Г. Эдвард в работе “Алкогольная политика и общественное благо”, говоря о предельных дозах потребления алкоголя человеком, утверждает, что риск возникновения зависимости не увеличивается до тех пор, пока не достигнет уровня трех доз в день (одна доза – 10 г чистого алкоголя), как для мужчин, так и для женщин. Но из-за возможного риска возникновения рака молочной железы любая предельная доза для женщин должна устанавливаться ниже (до двух доз в день).

В целом, вся литература, посвященная алкогольной зависимости женщин, может быть разделена на описание особенностей клинической картины алкогольной зависимости у женщин и социально-психологических изменений личности женщин.

Наиболее важным разделом алкогольной зависимости женщин являются клинические и социально-психологические аспекты. Если касаться вопросов границ и классификации женской алкогольной зависимости, то следует сказать несколько слов об истории исследований. Так, в 1929 году впервые С. Г. Жислин описал алкогольный абстинентный синдром и опубликовал эту работу на немецком языке. Тем самым был определен важнейший признак этого заболевания с описанием границ



алкогольной зависимости. В настоящее время вместо абстинентного синдрома предлагается американскими врачами другой термин – “синдром отмены” или “синдром лишения”, что, по нашему мнению, равно как и мнению Н. Н. Иванца, соответствует описанному С. Г. Жислиным абстинентному синдрому.

В 1966 году вышла монография И. В. Стрельчука “Острая и хроническая интоксикация алкоголем”. В этой книге автор описал особенности алкогольной зависимости у женщин. В частности, он говорил, что алкогольная зависимость возникает у женщины после тяжелой психической травмы (развод, смерть близких людей) или длительной психической травматизации. Нередко алкогольная зависимость развивается на патологической почве при наличии психопатических или возрастных изменений, а также в связи с особенностями их профессий, имеющих отношение к производству и продаже алкогольных напитков. Алкогольная зависимость у женщин прогрессирует гораздо быстрее, а психопатологическая симптоматика развивается в более короткие сроки. У многих женщин отмечаются явления истерии, раньше прекращаются менструации, нарушаются функции щитовидной железы. Снижается способность к деторождению, климакс наступает в более ранние сроки. Многие женщины страдают половой распущенностью, однако, сохраняя стыдливость, пытаются скрыть свое пьянство. Иногда они ведут легкомысленный образ жизни, ходят по пивным, ресторанам, знакомятся с пьющими мужчинами. Теряется чувство долга перед семьей, работой, обществом. Извращают истинные факты своего пьянства, лживы, отрицают тягу к алкоголю. Алкогольный юмор у женщин встречается реже, чем у мужчин. В своем пьянстве они обвиняют окружающих, стараются выгородить себя, предстать в благоприятном свете. Материнский инстинкт ослабевает или полностью угасает; женщины перестают заботиться о своих детях, за что нередко лишаются

родительских прав, а детей отдают в школы-интернаты. В присутствии мужчин кокетничают, плоско шутят, говорят пошлости. В редких случаях есть женщины, которые продолжают работать, заботиться о своей семье, пьют вино украдкой, жестоко мучаясь от своего пьянства. Запой у женщин возникает реже, чем у мужчин. Чаще они употребляют алкоголь систематически, в результате чего наступает более быстрая деградация психической деятельности. Изменения личности идут по психопатоподобному или по истерическому типу. Алкогольные психозы встречаются чаще. Соматические нарушения обусловлены алкогольной интоксикацией, наблюдаются в несколько раз чаще по сравнению с мужчинами. Нередко у женщин наблюдается алкогольная амблиопия. Развитию этого заболевания способствует также злоупотребление женщинами табаком в сочетании с алкоголем. Критика к своему заболеванию у женщин нарушена больше, чем у мужчин. Обычно они поступают на лечение по настоянию своих близких, не проявляя в большинстве случаев желания лечиться. В тоже время прогноз течения алкогольной зависимости женщин не всегда неблагоприятен. Во многих случаях удается добиться положительных результатов при длительном лечении. Ремиссии алкогольной зависимости у женщин короче, а рецидивы чаще, поэтому лечение женской алкогольной зависимости является более трудной задачей, чем лечение мужчин. Таким образом, И. В. Стрельчук уже в 1966 году дал описание особенностей алкогольной зависимости женщин, которые многие авторы подтверждают и в настоящее время.

В 1973 году была издана монография А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой “Клиника алкоголизма”. Авторы указывают, что “в конце минувшего столетия алкогольная зависимость у женщин была несчастьем ряда местностей”. Так, в Нормандии врачи рекомендовали искусственное вскармливание детей в этой местности вместо грудного молока из-за

широкого распространения алкогольной зависимости у женщин. Аналогичное положение наблюдалось и в Англии, где женщина имела право заказать в баре спиртное. Уже тогда число пьющих мужчин только в 2 раза превышало число пьющих женщин, а в некоторых северных департаментах Франции алкогольная зависимость женщин сравнивалась с мужской. Рост алкогольной зависимости объясняется экономической и моральной свободой женщин, следствием эмансипации. Наблюдения авторов сводятся к тому, что пьющие женщины являются результатом социальной запущенности. Причинами начала алкогольной зависимости являются потери детей, воровство, конфликты в семье и ее распад, одиночество. Обращает на себя внимание увеличение числа случаев алкогольной зависимости после окончания Второй Мировой войны, вызванные множеством личных трагедий. Возраст начала алкогольной зависимости (старше 35 лет) не позволяет придавать особое значение преморбидным изменениям. У людей с расстройствами зрелой личности и поведения, чаще истероидного склада и умственно отсталых людей, алкогольная зависимость развивается раньше. Играет роль фактор доступности спиртного, а также вынужденное спаивание в случае пьянства мужа или любовника. Авторы обнаружили лишь одну работу, в которой утверждается, что течение алкогольной зависимости женщин не отлично от течения зависимости у мужчин. Другие авторы отмечают быстрое и тяжелое развитие заболевания или же более легкое, мягкое течение алкогольной зависимости у женщин при отсутствииотягчающих факторов. Авторы вполне справедливо предполагают, что женский организм по сравнению с мужским биологически более устойчив к действию различных экзогенных вредностей. При наличии психических и физических нагрузок в современном обществе продолжительность жизни женщин выше, следовательно, пагубное действие алкоголя на женский организм может казаться парадоксальным. Толерантность женского

организма к алкоголю не может быть расценена как признак прогрессивности. Влечение у них носит обсессивный характер, а компульсивность появляется только с развитием абстинентного синдрома. Ситуационный контроль у женщин сохраняется дольше. Подтверждением этого является пьянство одиночное или в узком кругу. Следует признать мягкость абстинентного синдрома у женщин и меньший уровень у них злоупотребления. Алкогольные психозы у женщин протекают короче, чем у мужчин.

Авторами проводились экспериментальные исследования на животных. В частности, установлено, что длительная алкоголизация меньше влияет на самок мышей по сравнению с самцами. После прекращения алкоголизации у самок даже возрастает плодовитость. Алкоголь оказался вредоносней для самцов. Более высокая толерантность самок возможна при равном с самцами уровне алкоголя в крови. Таким образом, данные экспериментальных исследований и клинические наблюдения не позволили авторам оценить алкогольную зависимость у женщин более злокачественной, чем у мужчин. Женщины соматически менее благополучны и у них грубее выражена алкогольная энцефалопатия. У женщин неумеренно пьющих гастрогепатические расстройства несколько меньше, чем у мужчин.

Тяжесть социальной деградации, признаки нравственного снижения и опустошения трудно измерить количественно, поэтому, как говорят авторы, часты такие определения, как “более” или “сильнее”. В тоже время отмечено, что женщина острее чувствует свое моральное падение и более нравственно от него страдает. При этом отмечается глубокая психопатизация с преобладанием истерических черт с крайней лживостью и сексуальной расторможенностью. Авторы считают, что понятие деградации женщины с алкогольной зависимостью не основано в

достаточной степени на объективных данных, а в значительной мере является результатом субъективного отношения наблюдателей.

Оценка курабельности женщин в литературе равнозначна; объективизирована длительность ремиссий или их отсутствие. Авторы высказались о малой эффективности лечения алкогольной зависимости. Г. С. Беляев рекомендует комбинированное лечение с применением эсперали, психотерапии и апоморфина, а также антабусотерапия в сочетании с лечением транквилизаторами. Автор рекомендует лечение женской алкогольной зависимости в стационаре.

В книге, изданной в 1983 году под редакцией Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна “Алкоголизм”, Н. Г. Шумский описывает следующие особенности алкогольной зависимости у женщин. Указывая, как и другие авторы, на более быстрое увеличение алкогольной зависимости у женщин по отношению к алкогольной зависимости у мужчин, автор говорит, что по ряду психологических и социальных причин часть женщин с алкогольной зависимостью или скрывает свое заболевание или не обращается за медицинской помощью. Причины данного явления связываются с тем, что во многих экономически развитых странах увеличивается участие женщин во всех сферах экономической и общественной деятельности, где они выполняют те же функции, что и мужчины. Одновременно происходит “нарушение социального места” и “нейтрализация пола”. Возникает постоянное физическое и психическое напряжение и чтобы его снять используется алкоголь. Автор указывает, что злоупотребляющие алкоголем женщины связаны со сферой обслуживания, в первую очередь, с торговлей, работой в палатках, буфетах, там, где торгуют алкогольными напитками.

Зарубежные авторы приводят данные об учащении алкогольной зависимости у женщин со средним и высшим образованием. По их мнению, расширение контингента пьющих женщин с более высоким

образовательным цензом и профессиональными возможностями свидетельствует о росте среди них алкогольной зависимости.

Авторы указывают, что алкоголизации женщин способствуют семейная неустроенность, конфликты с лицами ближайшего окружения (мужьями), разводы, воровство, пьянство мужа. Средовое алкогольное окружение имеет значение в развитии алкогольной зависимости.

Можно выявить следующие типы выраженности личностных аномалий у женщин с алкогольной зависимостью наиболее часто встречающиеся в преморбиде: истерические черты, неустойчивые и возбудимые с симптомами сензитивно-шизоидного, а также циклоидного типа. Большинству женщин с алкогольной зависимостью свойственен психический инфантилизм, который находится в тесной связи с психопатическим радикалом. Характерны общие черты в виде реактивных и аффективных расстройств на фоне пониженного настроения. Подтверждением этого является то, что терапия антидепрессантами улучшает психическое состояние женщин с алкогольной зависимостью, которое часто бывает эквивалентом депрессии. Приводятся данные о том, что алкогольная зависимость является симптомом хронической эмоциональной болезни, особенно у женщин, позволяющие думать, что данное заболевание является результатом, обусловленным биологическими факторами. Авторы указывают на противоречивость сведений о наследственной отягощенности алкогольной зависимости. По данным различных авторов наследственная отягощенность колеблется в диапазоне от 23-32% до 51% случаев. Если же присоединяются психопатические черты характера, то отягощенность возрастает до 80% случаев. По данным А. К. Качаева отягощенность алкогольной зависимостью в семьях составляет 31,3%, а если алкогольная зависимость сочетается с психозами – 84,8% случаев. Большинство исследователей указывают, что алкогольная зависимость у женщин развивается на 7-10 лет

позднее, чем у мужчин. Риск заболевания женщинами алкогольной зависимостью резко возрастает после 40 лет в период менопаузы. Наиболее опасным возрастом для женщин является 50-59 лет.

Многие исследователи отмечают ускоренное развитие алкогольной зависимости у женщин. Об этом свидетельствует то, что от начала систематического пьянства до появления похмельного абстинентного синдрома проходит от 3 до 5 лет. Быстро утрачивается количественный контроль. Стадии алкогольной зависимости у женщин теряют свою очерченность и как бы наслаиваются одна на другую. Тяжесть абстинентного синдрома у женщин соотносится с прогрессивностью алкогольной зависимости. При ее ускоренном формировании алкогольная зависимость возникает рано, в ней преобладают психические нарушения и наоборот. При относительно доброкачественном формировании алкогольной зависимости абстинентный синдром возникает поздно и в нем преобладают вегетативные расстройства. В структуре похмельного синдрома часто возникают депрессии, аффективные расстройства, которые сохраняются, когда вегетативный компонент редуцируется. Поэтому, опохмеление женщин, в первую очередь, связано со стремлением избавиться от подавленного настроения, а не облегчить физическое состояние, как это обычно бывает у мужчин. Изменяется и сам характер опьянения у женщин: возникают слезливость, подавленность, самоупреки. По данным ряда авторов у женщин преобладает периодическое пьянство. Женщины редко склонны к алкогольному юмору, плоским шуткам и остротам. Однако быстро наступает снижение интеллекта, истероидизация личности, снижение морального и социального облика. Существует точка зрения, что деградация женщины менее выражена при алкогольной зависимости, чем мужчины, и она обратима при успешно проводимой терапии. У женщин чаще развиваются соматические осложнения: алкогольная амблиопия, алкогольная пеллагра, гепатиты и циррозы

печени. Способность к деторождению у пьющих женщин снижена, увеличивается удельный вес мертворожденных и недоношенных, а также детей с врожденной патологией. Характерен ранний климакс и преждевременное старение. У женщин редко бывают эпилептиформные синдромы, и не встречается алкогольный бред ревности. Редко отмечается алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Вместе с тем корсаковский психоз наблюдается у женщин чаще, чем у мужчин. Женщины скорее теряют свою специальность, чаще занимаются неквалифицированным трудом или становятся безработными. Суицидальные попытки у женщин достоверно выше, чем у мужчин, и совершаются в 25% случаев. Ремиссии после лечения у женщин бывают очень короткими (месяцы). Многие авторы рекомендуют комплексное лечение различными средствами с последующей поддерживающей терапией.

Э. В. Батурина и С. А. Тусупбаева пишут, что, несмотря на большое количество работ, посвященных проблемам алкогольной зависимости, некоторые клинические особенности женской алкогольной зависимости изучены недостаточно полно. Они отметили, что, хотя знакомство со спиртными напитками у женщин произошло значительно позже, чем у мужчин, злоупотребление алкоголем в ряде случаев имело прямое отношение к продаже и производству спиртных напитков. Среди женщин преобладали работники торговли и общественного питания. Клиническая картина алкогольной зависимости у женщин включала в себя неврозоподобные расстройства, кратковременные психотические, делириозно-галлюцинаторные и бредовые эпизоды, бессонницу, анорексию, повышенную раздражительность, особенно у лиц, перенесших травму головного мозга и страдающих церебро-сосудистой патологией. Эти явления резко усиливались в абстинентном состоянии и ослабевали при воздержании от приема алкоголя. Путем анамнестического обследования было установлено, что наиболее частой причиной



возникновения алкогольной зависимости у женщин является длительная психическая травматизация (измена или гибель мужа, одиночество), а также постепенное увеличение пьянства с подругами на работе или со злоупотребляющими алкоголем мужьями. Женщины прибегали к употреблению алкоголя как к средству, снимающему аффективное напряжение. Заболевание возникало у лиц с низким образовательным уровнем и низким кругом интересов, причем употребление спиртного носило нередко семейный характер. У большинства пациенток было обнаружено ухудшение памяти, в частности, процесса запоминания, воспроизведения и фиксации нового материала. Улучшение интеллектуально-мнестических процессов за время лечения не наблюдалось. У них отмечался более быстрый темп алкогольной деградации.

Исследования А. Ф. Степанова и В. Д. Эм показали, что алкогольная зависимость у женщин имеет свои специфические особенности. Она формируется в более короткие сроки, чем у мужчин, происходит быстрое становление абстинентного синдрома, злокачественное течение и усиление социальной деградации. Они считают, что формирование алкогольной зависимости у женщин происходит в возрасте 40-49 лет. Значительными факторами, способствующими формированию алкогольной зависимости, относятся несчастливое замужество, одиночество, разводы, пьянство мужей или сожителей, уродливое воспитание в семье.

А. Г. Наку, Е. К. Бошняга приводят данные о распространенности алкогольной зависимости среди женщин. В 1965 году соотношение мужской и женской алкогольной зависимости составляло 1:5,6; в 1967 году – 1:4; а в настоящее время (1986год) в высоко обеспеченных слоях общества оно приближается к 1:1. Во Франции отмечено самое большое употребление алкоголя на душу населения среди женщин. Они составляют 20% от всех злоупотребляющих алкоголем, в Германии – 10%.

Растет число злоупотребляющих алкоголем женщин в Италии, Финляндии, Швеции, Канаде, а также в Японии, где раньше женский алкоголизм не регистрировался. В бывшем СССР соотношение женской и мужской зависимости колебалось от 1:12 до 1:9 (1986год). Самостоятельно обратились женщины за лечением в 4% случаев. Причиной обращения было не осознание болезни, а неприятности семейного характера (угроза развода) или административного характера (угроза увольнения). Наследственная отягощенность определяется чаще по линии отца (36% случаев). Однако представление о наследственной генетически закодированной алкогольной зависимости не разделяется в настоящее время большинством авторов. Большое значение придается наследственной детерминированной нервно-психической неполноценности, благоприятствующей развитию алкогольной зависимости. По данным авторов, минимальная заболеваемость алкогольной зависимостью падала на возраст 25-29 лет, максимальная – на 35-39 лет. Стадии алкогольной зависимости у женщин, в отличие от мужчин, теряют свою очередность. В первой стадии преобладает так называемый астенический симптомокомплекс, причем симптомы алкогольной зависимости у женщин маскируются под различные заболевания, с которыми они обращаются к терапевту, невропатологу и другим специалистам. К концу первой стадии доза приема алкоголя возрастает в 2-4 раза, учащаются приемы алкоголя, в результате формируется психическая и физическая зависимости. Женщина переходит к скрытому пьянству в одиночку или в кругу близких подруг. Вторая стадия характеризуется развитием похмельного синдрома с постепенным увеличением выраженности симптомов. Присоединяется чувство тревоги, страх, гипнагогические галлюцинации. Постепенно теряется ситуационный контроль. Возникает конфликт с администрацией предприятия, нарушаются семейные взаимоотношения. Все больше

вырисовываются черты деградации личности. Теряется чувство стыдливости, учащаются половые контакты, что приводит к заражению венерическими болезнями. Наступает алкогольная деградация личности. Одни женщины в этой стадии становятся безучастными к окружающему, полностью теряют интерес к происходящим событиям, нарастает безынициативность. У других, наоборот, преобладает беспечное, благодушное настроение, появляется назойливость, навязчивость. У третьих - наступает конфликтность, взрывчатость, агрессивность (алкогольно-психопатоподобный тип).

В. М. Бернатович и С. А. Тусупбаева провели исследования развития начальной стадии алкогольной зависимости у женщин в пожилом возрасте. Они пришли к выводу, что алкогольная зависимость у женщин после 40 лет прогностически более благоприятна в социальном и терапевтическом планах. Систематическое пьянство, возникающее в более позднем периоде (после 37 лет), формируется преимущественно под влиянием социальных факторов с последующим медленным развитием заболевания.

Т. Н. Грошева и С. Н. Боков указывают на увеличение числа страдающих алкогольной зависимостью женщин, а темпы роста заболевания опережают таковые у мужчин. В США и Англии, по мнению авторов, соотношение лиц с алкогольной зависимостью мужчин и женщин возрастает (1986 год). В Советском Союзе в конце 1970-х годов этот показатель составил 1:7. Авторы считают, что приведенные цифры не отражают реальное положение дел, так как в силу исторически сложившегося общественного мнения именно женщины скрывают свое пристрастие к алкоголю и попадают в поле зрения лишь при второй, а часто и при третьей стадии болезни.

Периодичность злоупотребления алкоголем, по данным С. Л. Кравченко, появляется у женщин с алкогольной зависимостью уже нередко на ранней стадии развития заболевания. Особенностью

первичного патологического влечения является редукция идеаторного (мыслительного) компонента и выраженность аффективной симптоматики.

У новорожденных, родившихся у женщин с алкогольной зависимостью, наблюдается развитие определенного клинικο-функционального симптомокомплекса, проявляющегося значительной потерей первоначальной массы тела, медленным ее восстановлением, желтухой, неврологической симптоматикой, нарушением температурного гомеостаза и периферической гемодинамики, снижением функциональной активности гипофизарно-надпочечниковой системы.

В. Г. Прокофьев обследовал 1000 женщин г. Челябинска, страдающих алкогольной зависимостью, и установил тенденцию к “омолаживанию” заболевания примерно на 10 лет. Большинство женщин состояли в браке (60,9%), однако семьи их характеризовались конфликтностью и нестабильностью. Уровень общей заболеваемости женщин с алкогольной зависимостью на 37,1% выше, чем по городу в целом. На первое место вышли болезни системы кровообращения, на второе место – травмы и отравления, на третье – болезни органов дыхания. У женщин с алкогольной зависимостью гинекологическая заболеваемость в 17 раз выше, чем в контрольной группе; они чаще страдают аднекситами, трихомонадным кольпитом, эрозиями. Среди них высока и акушерская патология. Распространенность туберкулеза в 21 раз, сифилиса в 20 раз, а гонореи в 25 раз выше, чем по г. Челябинску в целом. Средняя продолжительность жизни женщин за последние 10 лет сократилась на 4 года и составляет 48,2

□0,5 года ч

целом. Изучение социальных последствий у женщин выявило у них снижение квалификации (62,9%), наличие прогулов (85,6%), частую смену места работы по собственному желанию (83,6%), увольнения за нарушения трудовой дисциплины (30,6%), попадание в медицинский вытрезвитель (10,4%), привлечение к уголовной ответственности (8,9%).

Среди всех клинических параметров у женщин прогрессивность процесса наиболее часто коррелирует с частотой и тяжестью симптомов полиневропатии и вегетативных нарушений. Различия между женщинами и мужчинами с алкогольной зависимостью состоит в том, что у женщин наступают первичные изменения эфферентных нервных волокон, а у мужчин – афферентных. У них страдают в первую очередь симпатические постганглионарные волокна, а у мужчин – парасимпатический отдел вегетативной нервной системы.

Микросоциальные факторы играют негативную роль в формировании алкогольной зависимости у женщин. Так, в 30% случаев пьянство отмечалось среди родственников, в 3% - среди соседей; у 58,6% были неудовлетворительные жилищные условия, у 37,1% случаев – неполные родительские семьи и др. При изучении особенностей воспитания были выявлены следующие дефекты: 11,4% пациенток воспитывались по типу “безнадзорных”, в 23% - по типу “Золушки”, в 7,14% - “кумиры семьи”. Дефекты воспитания проявлялись повышенной физической агрессией в детстве. В преморбиде наблюдались нарушения поведения и личностные расстройства (психопатии) возбудимого, аффективного и истерического круга.

При употреблении виноградного вина кустарного изготовления обнаружилось, что у женщин алкогольная аддикция сочетается с перееданием или заменяется последней, что приводит к развитию раннего общего церебрального склероза, быстрого нарушения обмена веществ, прогрессированию патологии печени, психоорганических процессов.

По данным И. Н. Пятницкой, каждый пациент, страдающий алкогольной зависимостью, в среднем имеет еще 4,9 заболевания соматического плана, в то время как женщина с алкогольной зависимостью – 4,4. Она считает, что женщины более устойчивы к действию алкоголя, поскольку биологически устойчивее мужчин в целом. У женщин редки

тяжелые степени опьянения, умеренно выражен абстинентный синдром. У женщин с алкогольной зависимостью симптомы заболевания, изменения личности ярче выражены, выше темп формирования и становления болезни. Женщины способны сохранять в тайне свое злоупотребление, поэтому опьянение их менее заметно.

Б. С. Братусь и П. И. Сидоров, исследуя психологию, клинику раннего алкоголизма, определили, что алкоголь девочками–подростками часто употребляется в одиночку и в больших дозах до тяжелой степени опьянения. Конфликты, возникающие вследствие алкоголизации, способствуют более частому и массивному употреблению алкоголя. Авторы считают, что особенности алкоголизации девочек – подростков уже во многом предопределяют злокачественность раннего женского алкоголизма.

Н. В. Стукач, изучая наследственные факторы у женщин с алкогольной зависимостью, пришел к выводу, что при сравнении родословной ближайших родственников из всех sibсов, склонных к алкоголизации, отмечена наследственная отягощенность в 27% случаев, а в контрольной группе – в 13%. Склонность к алкоголизации носит семейный характер, в то время как в контрольных случаях встречается, в основном, спорадически.

Говоря о прогнозах борьбы с алкогольной зависимостью и подводя итоги сотрудничества с министерством здравоохранения Республики Беларусь в рамках проекта “Новый подход к обучению/образованию в области зависимостей”, на заключительном заседании в городе Минске в 2001 году Вим Бейсман сказал, что с 1995 года Джеллинек центр совместно с Всемирной организацией здравоохранения и министерством здравоохранения Республики Беларусь провели 4 семинара в городах Гомеле, Витебске, Гродно, Минске. Изданы учебные пособия для студентов, врачей и преподавателей, идет подготовка клинических

ординаторов и аспирантов. Созданы информационные материалы, аудио- и видеокассеты, документы и плакаты, а также набор практических советов для медицинских работников. Врачи вовлечены в этот проект. “Что ожидать? – спрашивает Вим Бейсман.” И сам же отвечает: “Увеличение зависимостей в ближайшие 20-25 лет. Армия злоупотребляющих психоактивными веществами будет расти. Хотя знание механизмов мозга будут наверняка применены, зависимость от психоактивных веществ будет прогрессировать, так как увеличивается количество психоактивных веществ и их применение. Война в Афганистане способствовала увеличению цен на героин не менее чем в 5 раз. Ни одна страна не определит “модели борьбы” с зависимостями. Этому будут способствовать права человека, которые увязаны с различными социальными группами. Существуют также законодательные конвенции прав человека. Играет роль и политика, проводимая в различных социальных слоях. Проблема касается развития конфликтных процессов в обществе. Они не только обладают “божественным влиянием”, но и являются источником распрей. Следует учитывать и поддержку правопорядка, уважения с юридической и общечеловеческой точек зрения. Нельзя цинично относиться к гражданам, и они не должны цинично относиться к правоохранительным органам. Возникает вопрос, до какой степени можно сдерживать распространение зависимостей. Процветание – как образец роста благополучия в стране или расслоение общества, которое требует защиты бедных”.

Как известно, понятие прогрессивности психического заболевания было введено в клиническую практику А. В. Снежневским. Он выдвинул гипотезу о двух широких понятиях в клинической психиатрии – *nosos* и *pathos*. “*Nosos* – болезненный процесс, динамическое текущее образование; *pathos* – патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок отклонения развития. *Nosos* и *pathos* не разделены жесткой границей”. И. В. Давыдовский утверждал: «*Pathos* и

posos не тождественны”. Патологические механизмы включают в себе лишь возможность патологического процесса (патокинез). Алкогольные интоксикации вызывают прогрессивно обусловленные стойкие сдвиги личности. Единство pathos (стойкие изменения) и posos (развитие процесса) обнаруживают при многих психических заболеваниях. Необходимо учитывать относительную специфичность клинической симптоматики, которая, тем не менее, не исключает специфических проявлений болезненной зависимости. Самым главным и самым тяжелым признаком алкогольной болезни является патологическая зависимость, будь то она психическая (начальный этап) или физическая (манифестация болезни). Это стойкий синдром, крайне резистентный к терапии и сохраняется у пациенток на всю жизнь. Даже спустя годы после воздержания он может проявиться в виде рецидивов при отсутствии реального потребления алкоголя (flash-back). Все остальные признаки этой патологии, начиная от синдрома отмены и заканчивая алкогольными психозами и алкогольной деградацией личности, описываемые в данной работе, являются видоизменяющимися в зависимости от прогрессивности или регрессивности процесса. Применяемые методы лечения или воздержания способствуют их обратному развитию. Патологическое влечение остается, то затухая в процессе лечения, то вновь манифестируя.

В организме человека существует «эндогенная опиатная система», которая играет большую роль в регуляции различных нейрохимических процессов. Клиническая картина различных форм зависимостей схожа. Главным является принцип развития патологического влечения, синдрома преодолимого или трудно преодолимого, вокруг которого «наращиваются» все остальные многочисленные признаки заболевания. Хотя каждое вещество или даже действие, которое способно вызывать зависимость, имеют общее патогенетическое звено, оно способно наслаиваться на этот общий механизм, оставляя после себя каждый раз следовую реакцию,



видоизменяясь, превращаясь в непреодолимую патологическую силу зависимости. Стержневым синдромом на всем протяжении формирования зависимости является аффективная патология, тесно связанная по Павловской терминологии с безусловнорефлекторной деятельностью, как известно, передающейся по наследству. В процессе развития болезни под влиянием “второго удара” происходит оживление старых болезненных следов, оставшихся от средств, вызывающих зависимость. Этому способствует склонность следовых явлений к универсальной генерализации, что приводит к возврату болезни. Причем нервным клеткам при повторном приступе приходится переносить не только раздражение очередного удара, но и оживление старых следов, что вызывает еще большее углубление болезни. Присоединение какого-либо соматического или церебрального заболевания способствует развитию в клинической картине необычных симптомов, и болезнь принимает атипичное, иногда более затяжное течение. В связи с тем, что нервные следы раздражения фиксируются в различных функциональных структурах мозга, в том числе и «в подкорковых областях головного мозга», можно думать о возможности передачи следов болезни по наследству, через следы, образующиеся в сфере «безусловных рефлексов». Это соответствует точке зрения ряда ученых о передаче признаков алкогольной зависимости по наследству, существованию биологической предрасположенности к развитию этого заболевания.

Борьба с алкогольной зависимостью имеет длительную историю. Так, еще в древней Индии людей, злоупотреблявших алкоголем, заставляли пить из раскаленных металлических сосудов горячее вино, коровью мочу или кипящее молоко. Римлянин, заставший свою жену в пьяном виде, имел право убить ее. В Голландии женщин-алкоголичек окунали в холодную воду. В 1220 году до нашей эры китайский император Ву Вонг издал эдикт, который предусматривал смертную казнь при

пьянстве. Однако вопросы, связанные с лечением и профилактикой алкогольной зависимости, актуальны и до сих пор и требуют особого внимания. Не помогло и введение так называемых “сухих” законов в США, Финляндии, России и других странах. Увеличилась контрабандная поставка спирта, увеличился отпуск спирта и спиртосодержащих лекарств по рецептам, возросли самогонование и отравления суррогатами алкоголя.

В 70-х годах прошлого века вышла монография Г. М. Энтина по лечению алкогольной зависимости и организации наркологической помощи. В первую очередь, после краткого описания клинической картины алкогольной зависимости, активного выявления и клинического обследования пациентов с алкогольной зависимостью, описываются применяемые методы противоалкогольной терапии, лечение алкогольных психозов, противорецидивная терапия и организация наркологической помощи. Приводятся подробные данные применения различных терапевтических средств. “Активная антиалкогольная терапия должна проводиться в полном объеме” – говорит автор. Он отмечает, что лечение женщин, страдающих алкогольной зависимостью, представляет трудную задачу, так как они редко самостоятельно обращаются за медицинской помощью. Лечение обычно начинают по настоянию родственников или администрации по месту работы. Терапию необходимо начинать с установления психотерапевтического контакта, разъяснения тяжести заболевания, необходимости лечения. Проводя психотерапию, следует воздействовать на эмоциональную сферу пациентки с рекомендациями улучшения семейных отношений, оздоровления социального окружения, устранения возможных отрицательных влияний. Назначаются седативные препараты, транквилизаторы, нейролептики в гиподозах; при наличии

депрессивных состояний – антидепрессанты. Можно использовать гормональные препараты. Г. М. Энтин указывает, что женщины переносят активные сеансы условно-рефлекторной и сенсibiliзирующей терапии не хуже, чем мужчины. Гипносуггестивная терапия используется в большем объеме, чем у мужчин. Предпочтение следует отдавать индивидуальным гипнотерапевтическим сеансам. Поддерживающее противоалкогольное лечение можно организовывать в домашних условиях. У женщин часто бывают колебания настроения, особенно в предменструальный период, когда возникают депрессивные состояния, в связи с чем необходимо применять седативные препараты, нейролептики, антидепрессанты. Если женщина уклоняется от лечения и продолжает злоупотреблять алкоголем, по мнению Г. М. Энтина, необходимо принятие самых решительных мер, вплоть до лишения женщины материнства и оформления на принудительное лечение. Правда, в России в настоящее время принудительное лечение женщин с алкогольной зависимостью отсутствует.

В 1988 году в городе Ленинграде была издана книга Б. М. Гузикова и А. А. Мейрояна “Алкоголизм у женщин”. Основное место в монографии уделяется индивидуальной психотерапии и медикаментозной терапии. В частности, авторы выделяют этапы индивидуальной психотерапии. 1. “Выслушивание” пациентки. 2. “Представление” терапевта, проявляющееся в готовности врача оказать помощь с предложением обсудить возникшие проблемы пациентки. 3. Преодоление анозогнозии и восстановление терапевтических систем отношений с окружающими. 4. Планирование будущего режима пациентки с решением внутри- и межличностных проблем.

Тактика индивидуальной психотерапии.

1. Тактика “штурма” – прямое внушение о госпитализации, об имплантации препарата эспераль, о смене работы.

2. Тактика “позиционного давления” – применяется в отношении сохранных пациенток. Общение с пациентками происходит в форме диалога, дискуссии.

3. Тактика “конфронтации” – используется у пациенток с завышенной оценкой своих возможностей. Психотерапевт иногда может спровоцировать конфликт, не доводя до разрыва отношений.

4. Тактика “паузы” – отставленного воздействия. Применяется обычно к импульсивным и эксплозивным пациенткам. Врач занимает нейтральную позицию. В последующем сопереживания способствуют восстановлению контакта.

Медикаментозная терапия мужчин и женщин не имеет принципиальных различий. Не следует преувеличивать возможные негативные последствия при применении различных сенсibiliзирующих средств (тетурама, фуразолидона, метронидазола). Иногда вера женщин в терапевтическую возможность медицинских средств столь сильна, что может рассматриваться как показание к плацебо-терапии. При применении барбитуратов и транквилизаторов может возникнуть лекарственная зависимость у женщин, поэтому их следует назначать при крайней необходимости и дифференцированно. Аффективные нарушения у женщин успешно купируются солями лития, ноотропами, антидепрессантами.

### **Современные терапевтические подходы к лечению алкогольной зависимости**

В 1999 году Nick Heather, анализируя публикации по данной теме, говорит, что до настоящего времени в англоязычных странах не найдены ответы на вопросы, связанные с потреблением алкоголя как мужчинами, так и женщинами. Однако выжимка опыта и традиций позволяет оценить достоинства и недостатки различных методов лечения, практически

применяемых на международном уровне. Поскольку разные методы лечения дают различные результаты, автор подразделяет их на два вида: на эффективное и неэффективное лечение. К неэффективным методам лечения относятся следующие: самоконфронтация с помощью видеоматериалов, общеобразовательные лекции и фильмы, групповая психотерапия, индивидуальная внутренняя терапия, прием анксиолитических медикаментов, галлюциногенов и терапия социальной средой. Хотя эти методы в контрольных испытаниях дали плохие результаты, авторы в дальнейшем все же рекомендовали их для лечения алкогольной зависимости у женщин, правда, в несколько измененном виде. К другой группе “неэффективных методов лечения” принадлежат те приемы, эффективность которых не определена объективными данными, и они не были подтверждены соответствующими исследованиями. Ярким примером этого является общество анонимных алкоголиков, хотя оно популярно среди людей с алкогольными проблемами. Наименьший эффект дают методы, не подтвержденные достоверными исследованиями. По мнению автора, подобное явление характерно для США.

Виды лечения, эффективность которых была доказана, применяются редко. В основе наиболее эффективных методов лежат нейрофизиологические и психологические теории. Эти методы эффективны с точки зрения их себестоимости.

Одним из наибольших достижений в лечении алкогольных проблем в последнее время является расширение контингента населения, которому оказывается помощь. Хотя и существует большое количество людей, у которых нет алкогольных проблем, но возможен так называемый консультативный подход к решению алкогольных проблем. Данную категорию людей желательно консультировать вне стен специализированного учреждения, и убедить их в том, что они должны или уменьшить потребление алкоголя, или полностью бросить пить.

Можно полагать, что раннее вмешательство поможет сохранить физическое здоровье и успешно решить ряд социальных проблем. Что же касается лиц со сформировавшейся алкогольной зависимостью, то прогноз у них в целом неблагоприятный. И хотя многие пьющие решают свои задачи без посторонней помощи, все же раннее вмешательство способствует предотвращению более серьезных проблем. Оно позволяет сохранить национальные ресурсы за счет профилактики различных соматических болезней и уменьшения объемов дорогостоящих видов лечебной помощи. Легко продемонстрировать, что урон, который наносят обществу спиртные напитки, далеко превосходит вред, обусловленный алкогольной зависимостью. Наибольшие потери для общества обусловлены несчастными случаями, агрессией, пониженной продуктивностью труда. Это касается и лиц, у которых обнаруживается меньшая или малая тяжесть алкогольных проблем, лиц с алкогольными проблемами малой интенсивности. Существует следующий “профилактический парадокс” – наиболее эффективны лечебные подходы, нацеленные на оказание помощи умеренно пьющим людям, а не тяжелым пьяницам. Это относится к общественной антиалкогольной политике, нацеленной на уменьшение вредного воздействия алкоголя на общество. Из сказанного не следует, что можно игнорировать настоящих пациентов с алкогольной зависимостью. Необходимо обеспечить им доступность лечебных служб с изменением точки приложения терапевтической активности, расширить сферу внимания для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии. Увеличенные затраты принесут пациенту пользу и через некоторое время окупятся.

Важным является применение детоксикации. Это процесс, во время которого восстанавливается от алкогольной интоксикации пациент под терапевтическим наблюдением, что позволяет свести к минимуму тяжесть симптомов абстиненции. Для абстинентного состояния характерны

следующие симптомы: повышение температуры тела, тахикардия, повышение частоты дыхания, повышение давления, тошнота и рвота, тремор, повышенное потоотделение, возбуждение и тревога; в тяжелых случаях – дезориентировка, тактильные, слуховые и зрительные галлюцинации, судороги. Детоксикация осуществляется в амбулаторных условиях, в дневных стационарах и на дому, а также в медицинских учреждениях общего профиля. В США детоксикация вполне успешно проводится в амбулаторных условиях. Детоксикация на дому обходится дешевле. Она может быть рекомендована пациентам, проживающим в отдаленных районах, инвалидам, тем, кому не на кого оставить детей. Детоксикацию на дому разработал Т. Stockwell. В процессе ее проведения необходимо убедиться, является ли женщина с алкогольной зависимостью беременной, использует ли она контрацептивные средства, практикует ли она “безопасный секс”, нарушен ли менструальный цикл, способна ли быть матерью в социальном плане, способна ли она вырастить ребенка. Необходимы наблюдение психиатрической медицинской сестры, контроль за приемом анксиолитиков, посещение медицинской сестры не реже одного раза в день. Осуществляются пробы на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе, которые позволяют убедиться, что пациентка не пьет; назначаются последующие дозы лекарств. В случае необходимости предусмотрен осмотр пациентки врачом или бригадой скорой помощи. Важно, чтобы во время детоксикации у пациентки не было запаса спиртных напитков, а так же желательна поддержка со стороны семьи и друзей. Однако детоксикация вне медицинского учреждения имеет недостатки: большое количество обслуживаемых пациентов, их разнообразие, трудности избежать соблазна в обычной для пациентки среде. Детоксикация вне медицинского учреждения не подходит для пациентов с тяжелым абстинентным синдромом и соматическими осложнениями.

Медикаментозная детоксикация в стационаре применяется при тяжелой абстиненции. Для детоксикации чаще всего применяют бензодиазепины, в частности диазепам (валиум), хлордiazепоксид (метриум), хлорметиазол (геминеврин). Диазепам и хлорметиазол имеют то преимущество, что являются антиконвульсантами. Дозу седативных средств необходимо рассчитывать в зависимости от степени тяжести абстинентного синдрома. Целесообразно назначение тиамина, который предотвращает развитие энцефалопатии Верника и синдрома Корсакова.

Излечить всех пациентов с проблемами, связанными с употреблением алкоголя, невозможно. Наилучшим методом, по мнению N. Heather, является когнитивно-бихевиоральный подход. В настоящее время когнитивно-бихевиоральная терапия рассматривается как один из наиболее эффективных методов лечения алкогольной зависимости, так же как и разрешение проблем, связанных с употреблением других психоактивных веществ. У истоков когнитивно-бихевиоральной терапии лежат работы И. П. Павлова и В. М. Бехтерева. Она основана на образовании условных или “сочетанных” рефлексов, имеющих цель выработку торможения образовавшихся патологических условных реакций или действий. За рубежом данный метод стал особенно известен в 1960-70-х годах после работ Н. Eysenck и У. Wolpe под названием поведенческая (бихевиоральная) терапия. Выбор соответствующей терапии зависит от видов тех проблем, с которыми сталкивается пациент. Так, пациентам с высоким уровнем тревоги показан тренинг по уменьшению тревожности, пациентам с социальными проблемами – тренинг социальных навыков, пациентам с семейными неурядицами – семейная терапия и т. д. Такой подход формирует основу так называемого “подхода с широким спектром” к бихевиоральной терапии. Кроме этого выбор адекватных методов лечения должен проводиться с учетом уровня алкогольной зависимости, степени выраженности алкогольных проблем, возраста, пола, семейного



статуса. Желательно, чтобы помощь клиентам женского пола оказывала женщина – терапевт. Следует варьировать также длительность курса терапии (краткий или интенсивный), амбулаторное или стационарное лечение, рекомендовать пациентам полный отказ от приема алкоголя или уменьшение потребляемого количества. Важно исчерпывающе описать и задокументировать методы лечения, а также убедиться, что пациент получает действительно тот метод терапии, в котором он нуждается.

Когнитивно-бихевиоральный метод лечения, описанный N. Heather, сводится к тому, что употребление алкоголя является заученным поведением. Поэтому цель лечения – разучиться вести деструктивный образ жизни и заменить его приемлемыми моделями поведения. Способ употребления спиртных напитков определяется убеждениями и ожиданиями по поводу эффекта алкоголя, которые были получены человеком в определенном социально-культуральном контексте. Это так называемый “когнитивный” компонент когнитивно-бихевиоральной терапии. В то же время общие формы поведения, такие как условно-рефлекторные (в том числе и Павловские) по-прежнему важны.

Существует тесная связь между семейной обстановкой и исходом противоалкогольного лечения, поэтому общее название “Семейная терапия” носит целая группа методик, основанная на разных теоретических предпосылках. 1. Бихевиоральная семейная терапия. Она использует специфические техники, такие как бихевиоральные контакты, тренинг навыков общения и бихевиоральное выслушивание. Все это позволяет модифицировать и поддержать трезвый образ жизни. 2. Терапия супругов, направленная на жену (мужа). Ее целью является провести консультирование или обучить стратегии, применение которой может закрепить поведение пациентки. 3. Семейная терапия систем. Ее целью является помочь членам семьи в работе над их взаимоотношениями. 4. Групповая терапия супружеских взаимодействий. Общение супругов

может быть улучшено за счет их участия в поддерживающих дискуссиях с другими семейными парами.

Программа бихевиоральной семейной терапии, в которую вовлечены семейные группы, была разработана Т. О'Farrell. Программа предусматривает установление терапевтических взаимоотношений на фоне приема дисульфирама. Прием препарата контролирует один из членов семьи, не имеющий алкогольной зависимости. Бихевиорально-семейная терапия может быть предложена пациентам, у которых именно алкогольные проблемы послужили причиной семейных разногласий.

По данным R. Sisson и N. Azrin полная программа общественного усиления состоит из 7 компонентов. 1. Назначение дисульфирама. 2. Контроль “Антабуса”. 3. Неразрывное семейное консультирование. 4. Поиск работы. 5. Тренинг общественных навыков. 6. Консультирование по вопросам социальной активности и досуга. 7. Помощь в осуществлении контроля над искушением выпить. Компоненты программы следует реализовывать быстро с тем, чтобы дать клиенту возможность ощутить успех, как награду за трезвость. Создаются дружеские взаимоотношения с клиентами на почве, не связанной с алкоголем. Даются советы по проведению досуга. Пациентам помогают снять квартиру, подписаться на печатные издания, получить водительские права. Создаются новые социальные связи. Тем не менее, классическое общественное усиление не может подходить всем клиентам. Пациенты, которых удалось принять в “Объединенный клуб”, меньше пили; у них было меньше запоев и меньше поведенческих проблем. Кроме этого, осуществлялась терапия тревожности, обусловленной абстиненцией, терапия гнева. Проводился тренинг навыков, в том числе и социальных, в частности, тренинг способности отстаивать свое “я”, навыки отказа от алкоголя.

Когнитивное реструктурирование относится к классу психотерапевтических техник, которые нацелены на то, чтобы помочь

пациенткам распознать и излечить мысли и чувства, ведущие к злоупотреблению алкоголем. Эта методика основана на работах А. Бек и А. Ellis. Задачами реструктурирования являются: 1. Дать возможность пациентке осознать мысли негативного характера, особенно непроизвольно возникающие. 2. Прервать цепочку мыслей, которая вела в прошлом к желанию выпить. 3. Заменить негативные мысли более реальными и позитивными. Для этого применяются специальные тренинги, в основе которых лежит теория социального обучения. Тренинговые техники ставят задачей обучение пациентов справляться со стрессом и трудностями. В связи с этим необходимо выделять недостаточное умение пациента “управлять собой” и дать ему возможность устранить дефицит социальных навыков без алкоголя, уменьшить социальную тревогу. Социальные навыки приобретаются путем двух видов тренингов: тренинг способности отстаивать свое “я” и тренинг навыков общения. В данном случае речь идет об удовлетворении или разочаровании в связи с межличностными отношениями. Крайне популярны домашние упражнения, во время которых пациент экспериментирует с необходимыми формами ответа в различных житейских ситуациях.

Следующий тренинг называется тренингом навыков разрешения проблем. В этом случае пациенту помогают определить, в чем именно заключается его проблема, дают возможность методом “мозгового штурма” разработать возможности ее разрешения, выбрать лучшую из них, создать детальный план действий, реализовать его, оценить результаты и при возможности пересмотреть этот план. Данный тренинг применяется в группах или индивидуально. Тренинг навыков отказа от алкоголя дает высокоспецифические и полезные навыки. Человек, который пытается уменьшить количество употребляемого алкоголя или полностью отказаться от него, испытывает большое давление со стороны

окружающих. Тренинг контроля за своим поведением сводится к следующим этапам: 1. Определение предела (лимита). Пределы могут быть обсуждены с пациентом и определены уровнем “безопасного” употребления спиртных напитков. Пределы должны предусмотреть 2-3 полностью трезвые дня в неделю. 2. Самонаблюдение. Пациентам раздают карточки самонаблюдения и просят заполнять их перед употреблением алкоголя с указанием даты, времени, места, количества употребляемого спиртного напитка и того, с кем распивалось спиртное. 3. Уменьшение частоты потребления спиртных напитков. Сюда входит уменьшение дозы напитков, уменьшение скорости приема их, переход от крепких к более слабым, смешивание спиртного с безалкогольными напитками, использование навыков отказа. 4. Выявление факторов, предшествующих употреблению алкоголя, анализ прошлых случаев и дат самонаблюдения. Сюда входят время, место, люди и, что очень важно, состояние настроения. Необходимо избегать таких факторов. 5. Альтернативы пьянству. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента нужно рекомендовать виды деятельности, которые не связаны со спиртным – увлечения, хобби, встречи и контакты. Это может изменить стиль жизни пациента полностью. 6. Самоусиление. Необходимо помочь пациенту достичь определенных поведенческих ориентиров; предполагается активное участие партнера. Поощрения могут иметь материальную либо духовную форму. Роль приведенных тренингов сводится к постепенному снижению важности алкоголя в жизни пациента до уровня, когда спиртное больше не рассматривается как необходимость для нормального социального функционирования.

Модель терапии по L. Lindstrom выглядит в виде использования 4-х переменных параметров: степень тяжести психотических расстройств, социальная нестабильность, потребность в режиме и уровень зависимости.

В отдельных случаях предоставляется возможность пациентам самим выбрать наиболее подходящий для них вид терапии.

Национальный институт алкоголизма и алкоголя в США осуществляет проект Match (выбор терапии, алкогольных проблем для разных групп клиентов). В рамках проекта, стоимостью 30 млн. долларов, изучают три терапевтические возможности. 1. Программа 12 шагов общества анонимных алкоголиков, которая основана на том, что алкоголизм это духовное и медицинское заболевание. 2. Когнитивно-бихевиоральный подход, основанный на теории социального обучения. 3. Подход усиления мотивации. Каждую из этих разновидностей терапии в течение 12 недель осуществляет подготовленный врач.

Многие пациенты, проходя стационарное лечение в психиатрической или наркологической больнице, не испытывают желание пить. Они чувствуют себя “исцеленными”, однако при возвращении домой быстро срываются. Данной теме посвящены работы R. Miller, R. Hester, A. Ellis. Их работы базировались на статистически достоверном материале и тщательном выборе групп. В результате авторы, желая увидеть преимущество стационарного лечения, пришли к выводу, что лечение в стационаре не имеет никаких преимуществ перед амбулаторным. Более того, работы R. Mattick и T. Y Jarvis выявили преимущества амбулаторной формы лечения, тем более что стационарные формы обслуживания гораздо дороже, чем их альтернативы. В тоже время предпочтительность амбулаторного лечения не должна рассматриваться как общее правило. Оно должно быть исключено при тяжелых формах алкогольной абстиненции, когда пациенты имеют физические или психические заболевания, для бездомных клиентов и при наличии особых домашних обстоятельств, особенно для женщин (угроза насилия). В этих случаях предпочтительным является стационарное лечение. Лечение лиц с алкогольной зависимостью может проводиться не только врачами

наркологами или психиатрами, но также врачами общего профиля и семейными врачами. В соматических больницах могут быть организованы палаты или отделения интенсивной терапии, где работают медицинские сестры и сестры по уходу, а также социальные работники разных типов. В правоохранительной сфере предусматриваются особые правила по досрочному освобождению и испытательным срокам для людей с алкогольными проблемами. В тюрьмах и учреждениях для малолетних преступников проводятся соответствующие консультации, связанные с потреблением алкоголя, где пациент готовится к будущему контакту с окружающей средой после освобождения из тюрьмы. В большинстве стран большая часть населения посещает врачей с одновременным консультированием по поводу употребления алкоголя, курения, физических упражнений, диеты и стресса. Профилактика проблем алкогольного генеза осуществляется на рабочих местах. Это позволяет предотвратить возможное снижение продуктивности труда, несчастные случаи.

Лечение на дому является возможным местом для проведения терапевтических мероприятий и консультирования социальными работниками. Пациентами являются “пьющие с вредом для себя и своего окружения”, а также те пациенты, у которых уровень зависимости сравнительно низок. Следует иметь в виду, что существует группа людей, которая в силу имеющихся предубеждений настроена против посещения лечебных учреждений, несмотря на наличие у них алкогольных проблем.

Заслуживают внимание короткие курсы лечения алкогольной зависимости. W. Miller и R. Hester сравнивали длительное и короткое стационарные лечения алкогольной зависимости и установили, что лучшие результаты были выявлены при более коротких курсах лечения и не выявлено преимуществ стационарной терапии перед амбулаторной. Короткие терапевтические воздействия с трудом поддаются точному

определению, отличаются небольшой интенсивностью и продолжительностью и обходятся дешевле полноценных терапевтических мероприятий. Краткие курсы лечения, которые проводит обычно врач-нарколог, состоят из меньшего количества занятий, чем обычный курс терапии. Их часто проводят специалисты общего профиля и вне специализированных учреждений, в том числе семейные врачи, работники отделений не наркологического профиля, работники социальных и правоохранительных учреждений, сотрудники на рабочих местах. Они проводятся для тех, кто употребляет алкоголь с вредом для себя и окружающих, у кого алкогольные проблемы выражены умеренно и отмечаются мягкие формы алкогольной зависимости. Лиц с серьезными алкогольными проблемами и выраженной зависимостью следует направлять на лечение в полноценные специализированные медицинские учреждения. Внедрение кратких курсов лечения, проведенные в 10 странах (Австралия, Болгария, Коста-Рика, Мексика, Кения, Норвегия, СССР, США, Великобритания, Зимбабве), при координации действия ВОЗ показало, что 20-минутные обследования и 5-минутная дача советов были более эффективны в плане сокращения потребления алкоголя, чем только одно обследование. Увеличение консультирования до 15 минут или проведение трех консультативных занятий не приводило к улучшению результатов. Кроме кратковременного лечения пациентам может быть рекомендованы методы терапии, определяемые как интенсивное лечение. Отказ от стремления к проведению интенсивной терапии всем клиентам трудно осознается теми специалистами, которые постоянно практикуют интенсивные формы терапии. В тоже время следует сказать, что люди, обращающиеся за помощью, имеют тяжелые алкогольные проблемы и высокий уровень зависимости. Предложение краткого курса лечения может даже обескуражить пациентов подобного плана. Схема краткого курса лечения состоит из следующих четырех элементов: 1. Полноценное

обследование. 2. Одиночное детальное занятие, которое длится около 3-х часов для пациентов, и в тех случаях, когда пациентам это нужно, - с их партнерами. 3. Периодический осмотр и наблюдение за достигнутым прогрессом. 4. Общие причины для выхода за пределы базовой терапии. Эта схема нацелена на полный отказ употребления алкоголя.

Традиционная концепция мотивации человека к лечению может рассматриваться как готовность его к изменению поведения. Мотивационная модель терапии алкогольных проблем состоит из 6 стадий, первая из которых является предварительное размышление. Это - стартовая стадия, будучи в которой лицо с алкогольной зависимостью либо не ощущает необходимости, либо не осознает важности изменения. Затем наступает следующая стадия – стадия размышлений. В этой стадии человек находится как бы в состоянии конфликта и ощущает двойственное отношение к употреблению алкогольных напитков. Иногда пациенты застревают на стадии размышления и даже возвращаются назад, однако в благоприятных случаях они переходят на стадию принятия решений. Если обстоятельства складываются благоприятно, то пациент переходит на стадию действий. В этой стадии пьющий вовлекается в различные формы активности, однако, нет гарантий, что достигнутые изменения сохранятся на длительный период времени. Поэтому на следующей стадии поддержки главными задачами являются сохранить достигнутое, оценить, какие навыки и умения еще необходимы для обеспечения стабильности. Если пациент успешно проходит эту стадию, то он выходит из цикла с продолжительным изменением образа жизни и поведения. Если же нет, то человек срывается и быстро наступает рецидив и цикл начинается с начала.

В работе У. Prochasko с соавторами описана спираль изменений, согласно которой случайный успех становится с каждым витком все более вероятным. Иногда человеку требуется совершить несколько кругов,



прежде чем он решит свои алкогольные проблемы на продолжительный срок. Исходя из ответа пациента, квалифицированный врач должен знать, в каком месте цикла он находится. Необходимо учитывать, что у пациента может возникнуть понятие, которое называют отрицанием или сопротивлением. Автор предлагает использовать для этой цели специальные тесты. Многие пациенты, поступающие на лечение, еще не определились по поводу изменения образа жизни. Для них применяют относительно новый подход к лечению – мотивационное собеседование, которое можно использовать в сочетании с любыми другими терапевтическими приемами. Мотивационное собеседование нацелено на то, чтобы помочь пациентам принять твердое решение изменить вредный образ жизни, имеющий отношение к употреблению алкоголя. Задача врача состоит в создании атмосферы, способствующей пациентам самостоятельно изучать свои соображения и принять первые шаги к изменению стиля жизни. Мотивационное собеседование можно использовать у тех клиентов, которые находятся на стадии действия или поддержки, а также оно подходит тем лицам, которые испытывают двойственное отношение к употреблению алкоголя.

В программе Match мотивационное собеседование названо как “Терапия Мотивационного Усиления” (ТМУ). Она состоит из 4 индивидуализированных лечебных занятий, причем время между первым и последним составляет 12 недель. В занятиях участвуют родственники и другие, значимые для пациента люди. Первое занятие состоит из обсуждения данных, выявленных при первоначальном обследовании, об уровне потребления алкоголя и прочих сопряженных вопросов. Второе занятие (2-ая неделя) продолжает процесс усиления мотивации и решимости изменения стиля жизни. Оставшиеся два занятия (6-ая и 12-ая недели) являются отсроченными, на которых врач продолжает отслеживать и стимулировать происходящие изменения. S. Rollnick

предложил применять мотивационное собеседование в виде одиночной консультации для находящихся в стационаре больных алкогольной зависимостью, которые были выявлены специалистами общего профиля. Мотивационное собеседование привлекло внимание многих врачей, так как оно имеет клинический смысл и помогает решению алкогольных проблем пациентов.

Использование медикаментозных средств для лечения поведенческих и психологических расстройств осуществляется тремя группами препаратов.

1. Применение веществ, усиливающих чувствительность организма к алкоголю.
2. Вещества, уменьшающие эффекты действия алкоголя.
3. Психофармакологические препараты.

К веществам, усиливающим чувствительность к алкоголю, Н. Heather относит лекарства, известные как “антидипсотропные вещества” или “сдерживающие агенты”. Они способны удерживать человека от употребления спиртных напитков в связи с тяжелыми физиологическими последствиями, которые выявляются на фоне приема этих препаратов при поступлении алкоголя в организм. Для этих целей автор рекомендует использовать три препарата – дисульфирам, цитрат карбамида кальция, а также метронидазол.

Наибольшее распространение получил препарат дисульфирам. Для лечения алкогольной зависимости впервые препарат был применен в 1948 году. Дисульфирам ингибирует печеночные ферменты, отвечающие за расщепление ацетальдегида. Последний является токсическим веществом и его накопление сопровождается алкогольно-антабусной реакцией. Наступает покраснение кожи, особенно верхней половины туловища, тошнота, рвота, тахикардия, затрудненное дыхание, головная боль и снижение кровяного давления. Алкогольно-антабусная реакция опасна для

жизни и зависит от дозы принятого алкоголя и дисульфирама. Известен и ряд противопоказаний для назначения дисульфирама. Они в основном сводятся к различным соматическим неблагополучиям. Препарат дисульфирам авторы рекомендуют принимать под контролем врача, медицинской сестры, социального работника, в отдельных случаях, если не возникают ссоры в семье, прием может контролировать супруг или супруга. Раньше проблему контроля пытались решить за счет хирургического подкожного введения дисульфирама. Препарат рассасывался постепенно. Подобные “подшивки” были проанализированы и обобщены в работах T. Yarvis. Установлено, что эта процедура оказывает лишь малый эффект. Недостатки метода следующие: широкое использование хирургических вмешательств, если имеется пероральный путь назначения; хирургические вмешательства связаны хоть и с небольшим, но риском; имплантированный препарат действует в течение определенного времени и нет уверенности в том, что он способен обеспечить уровень препарата в крови, достаточный для возникновения алкогольно-антабусной реакции. Лечение дисульфирамом является сдерживающей терапией. Дисульфирам влияет на потребление алкоголя, изменяя последствия употребления алкогольных напитков. Важнейшим фактором является настороженность клиента по отношению к последствиям употребления спиртных напитков. Лечение дисульфирамом, по мнению R. Fuller, это не медицина, а форма бихевиоральной терапии. Когда клиенты перестают принимать дисульфирам, возможен срыв. По этой причине во время лечения следует уделить внимание навыкам изменения стиля жизни, которые в будущем помогут избежать срывов. Если дисульфирам назначать только тем, кому это показано, то следует исключить подростков, беременных женщин, депрессивных и социально нестабильных людей, а также тех, кто не пил в течение продолжительного времени без каких-либо лекарств. К другим препаратам “сдерживающего”

действия относится цитрат карбамида кальция. Этот препарат всасывается быстрее, чем дисульфирам, однако действует только в течение суток. Он подавляет функцию щитовидной железы, в связи с чем запрещен к применению в США. Цитрат карбамида кальция дает быструю и более тяжелую реакцию и применяется в тех случаях, когда пациент находится в ситуации риска потребления алкоголя. В тоже время цитрат карбамида кальция не выявляет никаких преимуществ по сравнению с плацебо. Третьим препаратом является метронидазол. Он ухудшает вкусовые отношения при приеме алкоголя и в силу этого является “сдерживающим агентом”, однако убедительных свидетельств в пользу применения этого средства пока нет.

В последние годы применяются вещества, которые способны подавить потребление алкоголя, т. е. они предотвращают приятное воздействие алкоголя на человека, отсюда создается впечатление, что эти средства уменьшают влечение к алкоголю. Ведущим препаратом из этого класса является налтрексон, антагонист опиоидных рецепторов, который был создан для лечения героиновой зависимости. Этот препарат зарегистрирован в США под названием “Ревиа”. Y. Volpicelli использовал этот препарат совместно со стандартной психотерапией. Результаты показали, что лечение привело к уменьшению тяги к алкоголю, сокращению количества пьяных дней и к уменьшению частоты рецидивов. В качестве веществ, уменьшающих эффективность алкоголя, применялись ингибиторы обратного захвата серотонина. Использовались достижения науки в понимании нейрохимической закономерности алкогольной зависимости, в частности, вовлечение нервных путей, в которых медиатором нейротрансмиттеров является серотонин. В приведенных работах указано, что такие препараты, как флуоксетин, циталопрам, цимелидин, виквалин вызывали краткосрочное уменьшение употребления алкоголя на 20%. В тоже время препарат цимелидин среди пациентов

США вызывал симптомы, подобные гриппу, и нейропатию. Ингибиторы захвата серотонина могут быть полезными для тех клиентов, у кого выявлен высокий уровень зависимости. К другим веществам, уменьшающих эффективность действия алкоголя, относится антагонист допамина бромокриптин. Последний уменьшает тягу к алкоголю и улучшает социальную приспособляемость пациентов. Другой антагонист допамина тиаприд помогает пациентам отказаться от потребления алкоголя. Другие вещества находятся в стадии изучения.

И, наконец, третья группа медикаментов – психофармакологические препараты, которые были опробованы как вещества для уменьшения тяги к алкоголю. Эти препараты применяются не только у людей с алкогольными проблемами, но и с клинически выраженными депрессивными и другими психопатологическими признаками. Сюда относится большая группа антидепрессантов. Особенно следует назначать указанные препараты пациентам с депрессивными состояниями, тяжелой алкогольной зависимостью и с высоким риском суицидальных действий. Однако следует помнить, что антидепрессанты не эффективны при лечении алкогольных проблем как таковых. В заключении следует отметить, что психотропные препараты играют вспомогательную роль и не занимают центральное место в лечении алкогольной зависимости.

Аверсивная терапия относится к старым видам бихевиорального противоалкогольного лечения. В США данный вид лечения применялся в 40-х годах пациентам с хорошим прогнозом. Аверсивная терапия используется с применением тошнотных средств, электрического тока, удушья и скрытой сенситизации. Наиболее естественным методом является вызывание реакции тошноты. Радикальным методом аверсивной терапии является предложенный в 60-х годах метод инъекции сукцинилхолина, приводящий к полному параличу дыхания и движения на время около одной минуты. Из всех приведенных методов N. Heather

считает наиболее результативным скрытую сенситизацию. В соответствии с этим методом аверсия вызывается исключительно на уровне воображения. При проведении типичной процедуры пациента просят и помогают ему представить покупку спиртного, поднесение стакана к губам и выпивание дозы спиртного. В этот момент пациента просят представить аверсивные стимулы в виде тошноты. Такую процедуру повторяют 20 раз за один сеанс, а затем и на дому. Существует 5 разновидностей воображаемых сцен: потребление алкоголя, аверсия, облегчение, уход, избегание. Пациенты, которые не способны сами у себя вызвать тошноту, вряд ли смогут добиться положительного результата. “Ключевой выдержкой” аверсивной терапии является воздействие на пациента условно-рефлекторными стимулами или “ключами”. Это позволяет контролировать условно-рефлекторную тягу к алкоголю и в результате побороть ее. Условно-рефлекторный (Павловский) метод следует комбинировать с тренингом навыков разрешения проблемы. В случаях невысокой алкогольной зависимости у пациентов данный метод сочетают с тренингом контролируемого потребления и тренингом самоконтроля. Когнитивно-бихевиоральные методы не являются последними способами в антиалкогольной терапии, но они раскрывают внутренний механизм, позволяющий заменить их более эффективными.

Важно применить меры по предотвращению рецидивов. Известно, что более двух третей пациентов срываются в течение первых 6 месяцев после лечения. Задачей врачей является не столько помочь пациентам прекратить или сократить потребление алкоголя, сколько обеспечить стабильное изменение образа жизни на продолжительное время. Наиболее важной частью “модели рецидивов” являются “рискованные ситуации”, опасные для пациентов. По мнению С. Cummings “рискованные ситуации” – это: 1. Негативные эмоциональные состояния (пострадания, гнев, тревога, депрессия, скука). 2. Межличностные конфликты. 3. Социальное давление

путем прямого принуждения употреблять спиртные напитки. Если же человек сможет найти эффективный выход из “рискованной ситуации”, то он ощутит свое превосходство над событиями и вероятность срыва уменьшится. В. Saunders и S. Allsop считают, что срывы часто имеют осознанный и запланированный характер на основе условно-рефлекторных желаний. Методы предотвращения рецидивов для семейных пар разработал В McCrady. Они разделены на стратегию специфических вмешательств и стратегию полного самоконтроля. Целью их является помочь пациенту распознать и предвидеть рискованные ситуации, которые имеют отношение к конкретному пациенту, и после этого отрабатывать наиболее трудные и сложные ситуации в домашних условиях. Может быть рекомендован целый ряд процедур: дидактическое инструктирование, ролевые игры, моделирование и оценка посредством обратной связи. Допустим телефонный звонок в лечебный центр или другу, который оказывает помощь в борьбе с алкогольной зависимостью. Например, при спонтанном искушении выпить может применяться метод под названием скольжение. Пациента обучают уходить от искушения подобно тому, как катающийся на доске на море скользит по большим волнам. Последующая помощь в поддержке терапевтических успехов сводится к следующему. 1. Обеспечить раннее выявление срывов. 2. Помочь предотвратить превращение ошибки в полноценный срыв. 3. Обеспечить оценку пользы новых навыков и образа жизни пациента, внести коррективы. 4. Провести специальные занятия для тренинга навыков и обеспечения нужных изменений поведения. 5. Обеспечить наблюдение за достигнутым прогрессом. Помощь может быть оказана во время групповых занятий или индивидуально.

После запрета алкоголя в США в 30-х годах небольшие группы женщин и мужчин были предоставлены сами себе, и именно они оказывали помощь (самопомощь) все возрастающему числу людей,

которые не могли контролировать прием алкоголя. С 30-х годов общество анонимных алкоголиков (ОАА) достигло значительного масштаба и к концу 80-х годов распространилось на все континенты и охватило свыше 1,5 млн. человек. Перечень принципов и видов деятельности ОАА содержится в описании 12 шагов, в основе которых лежит 12 Традиций. Ссылка на “высшую силу” обуславливает сильный религиозный момент учения ОАА. Считается, что эта деятельность может помочь как новичку, так и более опытному члену. Общество анонимных алкоголиков подходит людям с авторитарной личностью, кто не терпит к полутонам, кто больше других нуждается в признании и склонен к религиозности.

В современной социально-экономической ситуации особое значение имеет определение себестоимости и экономической эффективности лечения алкогольной зависимости. Общедоступность системы здравоохранения для населения уменьшается, т.к. медицинские технологии становятся все более дорогостоящими, а численность населения увеличивается. Различают три вида взаимосвязи между лечением и затратами на него. При наличии взаимосвязи типа А, при которой более дорогое лечение менее эффективно, выбирать вид терапии не трудно. То же самое относится и к взаимосвязи типа В: если две разновидности терапии одинаковы по эффективности, следует предпочесть наименее дорогостоящую из них. Третий вид – менее дорогостоящее лечение является менее эффективным.

Для антиалкогольного лечения присущи три важных аспекта.

1. Групповой или индивидуальный подход. Групповая терапия более экономично эффективнее, чем индивидуальные занятия, хотя некоторые авторы не обнаружили разницы между этими двумя видами лечения. Формой групповой терапии является содружество анонимных алкоголиков.



2. Стационарная форма лечения не имеет преимуществ перед амбулаторной, которая является более экономичной.

### 3. Амбулаторное лечение.

Следует внимательно отнестись к вопросу о роли принудительных мер в лечении алкогольной зависимости. С. Weiner описал 4 вида принуждения: гражданское осуждение, решение правоохранительных органов, требования администрации предприятия по месту работы, семейные программы вмешательства. Наиболее суровым и открытым принуждением является гражданское осуждение. Распространенной формой принудительного лечения является судебное решение по поводу прохождения курса терапии. Существует три главных категории правонарушений: пьянство в общественных местах; преступление, совершенное в нетрезвом виде (это, как правило, управление транспортом в нетрезвом виде); случаи, которые напрямую не связаны с потреблением алкоголя, но в которых у преступника в анамнезе выявлены алкогольные проблемы или абстиненции. Терапией пациента по месту работы в США занимаются Программы Помощи Работникам. Если пациент не хочет быть уволенным или смещенным с должности, то он обязан принять соответствующее лечение. В тех случаях, когда родственник пьет слишком много, применяют семейные вмешательства. Заинтересованных лиц объединяют в группы с разной степенью близости к пьющему. В нее могут входить супруг (супруга), дети, родственники, близкие друзья, священники, медицинские работники или коллеги по работе. Таким образом, формируются рабочие группы, которые воздействуют на пьющих. Имеются публикации о том, что принудительная терапия менее эффективна. Остается спорной этичность принудительного лечения.

Необходима комплексная лечебная система, как важнейшее свойство в координации действий различных учреждений, оказывающих помощь людям с алкогольными проблемами. В США большая часть методов

основана на определении принципа потребности. Системная модель учитывает, как должно быть, а не то, что имеется сейчас. Применяют семиступенчатую методологию согласно схеме. 1. Определить географию региона. Нужно высчитать площадь проживания обслуживаемого населения. 2. Определить размер и состав контингента обслуживаемого населения. 3. Описать желательную систему или службу. В центре особого внимания должно быть равновесие между оказанием помощи, частотой посещаемости лечебных организаций, адекватностью помощи, как мужчинам, так и женщинам, людям разного возраста и представителям других групп населения. 4. Оценить имеющийся уровень лечебной помощи. Следует встретиться с главами этих формирований, которые полностью информированы о деятельности этих учреждений. 5. Определить потребность в каждом виде помощи. Этот этап имеет целью установить, какое количество пациентов будет обслуживаться за год. 6. Сравнить плановую и реальную потребность в каждом виде помощи. 7. Выбор ориентиров для обеспечения прогресса в оказании лечебной помощи.

В США применяются следующие виды служб, которые несут ответственность за прогресс пациента во время всего курса лечения:

- а) служба обследования и перевода в другие учреждения;
- б) детоксикационный центр;
- в) малый стационар;
- г) амбулаторное лечение и служба консультирования;
- д) дневной стационар (работает 5 дней в неделю по 3-4 часа в день);
- е) приюты;
- ж) центры для молодежи;
- з) центры для лечения женщин и другие.

И все же, в заключение следует предостеречь от ожиданий химического “волшебного эликсира”, излечивающего от алкогольной зависимости. И хотя подобное утверждение пользуется популярностью в органах массовой информации, возможность изыскания единственного универсального средства минимальна.

Многие отрицательные явления в нашем обществе, особенно такие, как пьянство, тесно переплетаются с условиями микро- и макросоциальной среды. Окружающая среда способствует проявлению духовной деятельности, эмоциональных и рациональных факторов закрепления представлений в сознании. С развитием алкоголизации трансформируется влечение к алкоголю с созданием алкогольных установок в соответствии с принятыми обычаями. Применение социологических исследований в медицине может подчиняться социальным законам и закономерностям, как предмет исследования. В различных областях здравоохранения медицинская социология возникла под влиянием работ Е. Freidson, считавшего необходимым перенесение общесоциологических закономерностей в здравоохранение. По этой тематике официально стал издаваться журнал с 1967 года “*Journal of Health and Social Behavior*”. В журнале освещались вопросы взаимоотношений медицинского персонала и пациентов, удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, особенности труда медицинских сестер и акушеров и другое.

Представляет интерес публикация В. Д. Менделевича, который в рамках психологии девиантного поведения сделал попытку противопоставить психологию и психопатологию с целью выделения собственно психологическую и медицинскую проблемы. В качестве примера приводится предположение разделить проблему девиантного поведения на основе изучения потребления наркотических веществ. Механизм аддиктивного поведения путем искусственного изменения своего психического состояния приемом некоторых веществ направлен на развитие и поддержание интенсивных эмоций. Можно говорить о том, что у женщины с аддиктивной нацеленностью снижена активность семейной и производственной жизни, наполненные современными требованиями и ожиданиями.

Для проведения активной и целенаправленной борьбы с алкогольной зависимостью необходимо применение комплексных исследований (клинических, социально-психологических, биологических и других). Особое внимание следует уделять организационно-экономическим, клинико-экспериментальным и социально-гигиеническим разработкам. Оценка производства алкогольных напитков в различных странах позволяет судить о связи производства алкоголя с его потреблением населением, а также увеличением числа алкоголь зависимых лиц. В частности, во Франции (по данным Ю. Г. Лисицына, Н. Я. Копыт) приняты следующие дневные нормы вина: 0,5 л для юношей от 14 до 20 лет; 0,4 л для женщин; 0,5 л для мужчин, ведущих сидячий образ жизни, и 1,1 литра для рабочих физического труда. Авторы указывают, что трудно судить о научном обосновании этих норм, но как первый шаг в борьбе с алкогольной зависимостью они имеют определенное практическое значение. Во Франции мужчины, не употребляющие алкоголь, являются исключением.

У женщин, злоупотребляющих алкоголем, часто развивается абстинентный синдром: в Финляндии у 15-30%, Нидерландах – 22%, Японии – 70% случаев. На Филиппинских островах пьют только женщины, принадлежащие к высшему сословию. Процент женщин, приобщающихся к алкоголю, постоянно растет во всех странах.

Исследования, проведенные В. П. Бокиным, показали следующее распределение контингентов алкогольной зависимости мужчин и женщин в связи с основным местом их учета (в процентах). Лица, состоящие на учете в наркологических диспансерах: мужчины – 13,6; женщины – 21,3; лица, доставленные в медицинские вытрезвители, 68 и 33,3 соответственно; лица, обслуженные бригадой скорой помощи в состоянии алкогольного опьянения, - мужчины в 18% случаев, женщины – 45% случаев.

Как общественное явление, образ жизни отражает все структурные элементы существования человека. Стремление к обоснованию и внедрению в общество здорового образа жизни подразумевает такие понятия, как “уклад жизни”, “качество жизни”, “уровень жизни”, “стиль жизни”. Здоровый образ жизни означает полноту включенности личности в гармоническое сочетание социальной и биологической деятельности, проявляющиеся в его социально-биологической активности.

Все разделы социальной психологии имеют непосредственное отношение к формированию в обществе всесторонне развитой личности. Особое значение имеют следующие блоки проблем: социально-психологические свойства (установки, мотивация, желания, направленность личности, профессиональные способности); феномены, формирующие всестороннее развитие личности (нормы общественного поведения, общественное мнение, общественное настроение, социально-психологический климат); психология малых групп, коллективов; специальные социальные информационные средства воздействия на человека и механизмы их проникновения в психику человека (внушение, убеждение, подражание, психологическое заражение и т.д. Важное значение имеет взаимосвязь и взаимовоздействие отдельных свойств структуры личности, которая включает способности и потребности человека, его интересы, убеждения, темперамент, характер, воля и др. В целом, с современных социально-психологических позиций личность определяется как совокупность социально-психологических качеств человека, формирующихся в различных видах общественной деятельности, человека, который преобразует мир, является носителем сознания и самосознания. Это говорит о том, что под личностью понимается конкретный человек со всей совокупностью общественных, психологических отношений и физиологических свойств, индивидуальность которых выражается во внутреннем духовном мире. Из

всех свойств личности наиболее важным является направленность личности – совокупность структурных свойств человека, ставшими руководящими в его активной деятельности. Направленность личности должна соответствовать определенным качествам: действенности, устойчивости психических свойств, уровню и широте охвата информации, а так же их интенсивности.

Все вопросы невозможно рассмотреть в отдельной главе работы. Рассмотрим некоторые из них. В первую очередь коснемся интеллектуального развития человека. Под интеллектом понимают способность человека успешно применять приобретенные знания и опыт в практической деятельности, в частности, ставить перед собой задачи, вытекающие из реальной действительности и успешно решать их. Иногда определяют интеллект как способность человека достичь своих целей, не вызывая конфликта со стороны окружающей среды. Для интеллектуального развития необходимо получение каждым человеком как минимум среднего образования, формирование способности к творческому отношению к своей деятельности, стремление постоянно повышать свой интеллектуальный уровень. Следует отметить, что при наших исследованиях большинство испытуемых имели среднее и средне специальное образование. Развитие личности в эмоционально-волевом аспекте должно сопровождаться умением достигать своей цели, не вызывая серьезных конфликтов со стороны окружающей среды, способностью к глубоким и тонким чувствам, решительностью, выдержкой. Распределение индивидуальных особенностей каждого человека дают возможность эффективному развитию способностей, которые помогают человеку выбрать наиболее оптимальные и результативные способы применения своих сил в общественном и личном труде.

Общение между людьми всегда сопровождается трансформацией общественных отношений во внутреннюю структуру личности. Главным в данном случае является становление социальной активности личности. Последняя выступает в виде целенаправленного взаимодействия со средой, с общественностью и проявляется как осознанная деятельность, направленная на достижение своих целей

Социальная психология уделяет большое внимание особенностям формирования гражданских качеств человека. Индивидуальное социальное развитие связано с социальным научением. Формирующаяся личность спонтанно проявляет особую потребность в индивидуальном социальном опыте. Для полноценного развития личности приобретение опыта осуществляется как организованным социальным научением, так и стихийной практикой социальных взаимоотношений. Таким образом, осуществляется активное и сложное развитие личности. Высокий уровень интеллектуального развития необходим, однако недостаточен для выбора человеком социально значимой задачи. Человек может быть высоко интеллектуально развит, но проявлять неадекватности в постановке социальных задач. “Об интеллектуальном, эмоциональном, моральном, эстетическом, культуральном и прочих видах развития можно судить лишь по проявлениям соответствующих свойств в социальном поведении человека, в его социальных ориентациях, в характере его социального опыта, его социальных выборах, социальных решениях, социальных оценках и предпочтениях... В этом и проявляется интегративный характер процесса развития личности”.

Развитие личности предполагает формирование ее социальной адекватности (или неадекватности), которая оценивается в психиатрии при решении ряда практических проблем. В наркологии речь идет о формировании асоциального (антисоциального) поведения наркозависимого человека. В социально-психологическом плане о

человеке судят по его адекватному или неадекватному поведению в окружающей его среде. Социальный интеллект определяется как способность адекватного ориентирования в сложных отношениях в зависимости от социальной среды. Некоторые социальные психологи предлагают пересмотреть понятие “нормальная личность”, которая хотя социально и адаптирована, но абсолютно безнравственна.

Нарушение моральных норм, аморальное, асоциальное поведение человека может представлять собой сознательный протест личности против требований, выдвигаемых обществом или группой лиц, которых она не приемлет и считает несправедливыми и неправильными. Но может быть и другой психологический подход. Нежелание воспринимать нормы общества может являться результатом “смыслового барьера”. Последний проявляется в том, что человек хорошо знает требования общества, соглашается с необходимостью выполнять их, однако замыкается, уходит в себя. Разъяснениями и убеждениями вернуть его к адекватному общественному поведению не всегда удается. Возникновение “смыслового барьера” отмечается вследствие своеобразного “расщепления” между понятиями общественных норм с рациональной и эмоциональной позиций. Рациональное принятие нормы, согласие человека с его справедливостью вступают в противоречие с его эмоциональными переживаниями, чувствами, желаниями. Данная диспропорция связана с недостаточным развитием волевых качеств личности или поражением их алкогольной интоксикацией. Даже психотерапия, гипнотическое эмоционально-стрессовое воздействие не всегда могут изменить это “расщепление” личности внешне похожее на шизофреническое, однако различное по этиопатогенезу, т.к. имеет не эндогенное, а экзогенное происхождение. При подчинении эмоциональных переживаний разуму нет достаточной волевой активности у лиц с алкогольной зависимостью, появляется “паралич воли”. Наблюдается “расщепление” между ожидаемым и



реализуемым поведением в рамках социально-психологического статуса личности.

В заключение данного раздела для подтверждения сложности изучаемого вопроса приводим исследования американских психологов экспериментаторов по изучению “эффективности” морального сознания. Это эксперименты Филиппа Зимбардо и опыты Стенли Милгрема, которые широко известны как профессионалам – психологам, так и лицам, интересующимся данной проблемой.

Зимбардо провел так называемый “тюремный эксперимент”. В 1970 году им с помощью психологических тестов были отобраны 24 студента-добровольца, которые имели нормальное психическое и физическое здоровье и не имели случаев асоциального поведения. Студенты были разделены на “тюремщиков” и “заключенных”. Стеффордская полиция, согласившаяся помочь ученым, арестовала “заключенных” и доставила их в наручниках в тюрьму. Здесь “тюремщики” “заключенных” раздели догола, провели процедуру обыска, дали тюремную одежду и поместили в камеры. “Тюремщикам” сказали, что они должны относиться к эксперименту серьезно, поддерживать порядок в “тюрьме” и добиваться послушания заключенных. В начале все шло спокойно, весело и дружно. Но уже в последующие дни “заключенные” взбунтовались. Стали оскорблять охрану, забаррикадировали двери и др. В ответ “тюремщики” применили силу и зачинщиков поместили в карцер. Это разобщило “заключенных” и сплотило “тюремщиков”. Заключенные стали чувствовать себя униженными, подавленными, оскорбленными. Некоторые “тюремщики” стали злоупотреблять властью, даже наслаждаться ею. Их общение с “заключенными” стало грубым, придирчивым, вызывающим. Один из “тюремщиков” даже бросил еду в лицо “заключенному”, отказывающемуся есть. На шестые сутки эксперимент был прекращен и сам Филипп Зимбардо почувствовал, что в

своих экспериментах он зашел слишком далеко. На основании своих исследований Зимбардо пришел к выводу, что поведение большинства людей зависит от внешних сил и условий, в которых оказался тот или иной человек. Черты личности, также как характер, сила воли, интеллект и др. не играют существенной роли. Большинство людей можно заставить делать все что угодно, если подвергнуть их определенному психологическому давлению (власти, авторитета и др.).

Несмотря на правильные в целом выводы Зимбардо, мы все-таки должен отметить, что в ряде случаев внешняя социальная среда не всегда может изменить структуру личности. В истории имеется много примеров, когда люди сильные духом противостоят определенным социальным условиям, не соответствующим их убеждениям. Следует так же отметить, что статус личности формируется не только под влиянием окружающих социальных условий, но закладывается биологически на определенном генетическом уровне. Это особенно видно в психиатрии, в том числе в пограничной нервно-психической патологии, когда формирование черт акцентуированной или психопатической личности определяется генетически. И некоторые ученые в данном случае сравнивают силу воздействия социальной среды на данную личность, пожалуй, аналогично возможности выбивать орнамент на гранитной скале. Настолько это трудное и не всегда плодотворное явление. Ученые Ц. Ломброзо, М. Е. Вартанян, И. В. Шахматова и др. также говорят об этом. Поэтому изучение асоциальности следует сочетать с результатом объективного психологического исследования личности, а данные об асоциальности поведения пациента с алкогольной зависимостью сочетать с клинической картиной заболевания.

Исследования внутренней секреции организма принесли медицине ряд неоспоримых достижений. Многие заболевания, резистентные к терапии, получили глубокие патогенетические разъяснения и нередко

способствовали применению радикальных методов лечения. Такие гормональные препараты, как тиреоидин, кортизол, прогестерон, эстрадиол, пролактин, а также фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны применяются в повседневной практике лечащего врача, как одни из серьезных терапевтических средств.

По данным Национального информационного женского центра США в конце 2000 года в Соединенных Штатах установлено 15,1 млн лиц, зависимых от алкоголя и приблизительно 4,6 млн (почти каждый третий) женщин. Женщины составляют 25% страдающих алкогольной зависимостью в больницах в США. Хотя женщины имеют меньшую вероятность получить алкогольную зависимость, чем мужчины, однако количество смертей среди женщин с алкогольной зависимостью от 50 до 100% выше, чем у мужчин. По данным наших исследований летальность женщин связана с большим количеством осложнений со стороны соматической сферы (заболевания печени, поджелудочной железы, сердечно-сосудистые заболевания, неврологические осложнения) и более поздним обращением женщин за лечением в психиатрические стационары или к специалистам-наркологам. Обычно у женщин состояние опьянения более выражено, чем у мужчин после употребления одинакового количества алкоголя. Одной из причин является различие в гормональном обеспечении организма женщин. У последних возникают нарушения функций мозга, печени и других внутренних органов по сравнению с мужчинами. Нарушается репродуктивная функция, быстро и раньше возникает менопауза, появляется поведенческая дисфункция, нарушается социальная и микросоциальная адаптация. Все это требует проведения гормональных методов исследования в наркологической практике для диагностики состояния женщин с алкогольной зависимостью и определения патогенетических механизмов диагностики. Как показали многочисленные исследования во многих отношениях узловым

передаточным механизмом служит гипофиз, с помощью которого целый ряд нервных импульсов, реализуя свое воздействие на сложный механизм гуморальной регуляции, тем самым способствуют расширению сферы воздействия восходящих проекций мозга на кору больших полушарий.

Сотрудниками Национального института по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (США) исследованы влияния гормонов на поведение женщин в абстинентный период. Эксперименты на животных показали, что данный вопрос регулируется через так называемую систему renin–angiotensin, которая управляет артериальным давлением и солевыми обменами в организме. Активация этой системы путем введения алкоголя у крыс заставило животных уменьшить потребление алкоголя.

По данным исследований Myers, Veale и Myers потребление алкоголя у лабораторных крыс сказывалось на влиянии стресса на организм. В тех случаях, когда животные подвергались ежедневному неизбежному воздействию электрического тока, количество употребляемого алкоголя не изменилось. Однако потребление алкоголя у них возрастало в тех случаях, когда крысы могли избежать удара электрического тока путем нажатия на рычаг. Потребление алкоголя увеличивалось и при содержании большого количества крыс в одной небольшой клетке, в том числе, если крыс подсаживали в клетку к уже живущим там животным. По этому поводу в 1963 году Smart сообщил, что люди, страдающие алкогольной зависимостью, чаще всего воспитывались в больших семьях. Известно, что под влиянием алкоголя с целью уменьшения переживания стресса или самостоятельного лечения человек применяет алкогольные средства, которые уменьшают не только сиюминутное переживание стресса, но и способствуют ощущению уменьшения испытываемых человеком трудностей. Под влиянием алкоголя человек перестает чувствовать беспокойство, подавленность и свое невежество.

А. Г. Наку с соавторами, исследуя в Молдавии соматические нарушения при винном и смешанном алкоголизме у женщин, установил, что у них преобладали гинекологические воспалительные процессы (эрозии, воспаление придатков, кольпиты), которые в последующем уступали место нарушениям генеративных функций (выкидыши, преждевременные роды, кровотечения в родах), ранним прекращением месячных. В 12% случаев имели место эндокринные заболевания.

Х. Я. Варе, А. П. Калликорм, изучая взаимосвязь алкогольной анорексии с адренергическими механизмами и тиреоидным гомеостазом, установили, что имеющиеся в литературе данные о тиреоидной функции при алкогольной зависимости являются противоречивыми и нуждаются в изучении. Ими изучено влияние алкоголя на тиреоидную функцию у 24 лиц с алкогольной зависимостью и 20 практически здоровых лиц. Установлено, что тиреотропная активность у испытуемых с алкогольной зависимостью повышена, но гомеостаз этой активности сохранен, что может служить косвенным показателем усиленной потребности в тироксине печени для выполнения его окислительных процессов.

В. В. Яглов указывает, что употребление спиртных напитков и пива представляет серьезную опасность. Они стимулируют выделение различных гормонов и в первую очередь гормона поджелудочной железы инсулина, обладающего свойством понижать уровень глюкозы и жирных кислот в крови и откладывать их про запас в виде гликогена и жира. Особенно это опасно лицам, предрасположенным к ожирению и сахарному диабету.

Л. М. Андропова с соавторами, экспериментально изучая влияние хронической алкогольной интоксикации на крыс, установили, что скорость распада этанола более выражена у самок, а увеличение скорости распада ацетальдегида – у самцов. По мнению авторов, это является одной из причин более высокой у самок степени предпочтения этанола воде и более

выраженных у них соматических изменений. Отмечено стимулирующее действие тестостерона на потребление этанола, проявляющееся на всех этапах алкоголизации. Это может быть связано с активирующим его влиянием на этанол-окисляющие системы. В противоположность этому вещества, снижающие андрогенный статус мужского организма, такие, как пролактин, оказываются эффективными в устранении предпочтительного отношения к этанолу у кастрированных крыс-самцов.

Большой вклад в разработку патогенеза алкогольной зависимости внесли исследования ученых Республики Беларусь. В частности, Е. И. Скугаревская, Ю. М. Островский, В. И. Сатановская, М. Н. Садовник, С. Ю. Островский, В. В. Лелевич, наряду с социальными факторами, исследовали ряд биологических предпосылок развития алкогольной зависимости. Для обоснования биологических компонентов данной патологии они выделили следующие факторы:

1. Эпидемиология заболевания среди различных социальных групп населения примерно одинакова.
2. Реакция организма на этанол зависит от особенностей обмена веществ и типа высшей нервной деятельности.
3. Известна наследственная предрасположенность к заболеванию.
4. Симптоматика алкогольной зависимости моделируется на различных видах животных.

Авторы выдвигают следующую точку зрения на патогенез алкогольной зависимости. Утверждая, что эндогенный этанол и ацетальдегид являются обязательными участниками обмена веществ, они заявляют, что недостаточность системы этанол-ацетальдегид врожденного порядка проявляется у животных, как феномен предпочтительного потребления растворов алкоголя вместо воды. Хроническое избыточное поступление алкоголя нарушает нормальное функционирование обмена веществ, что

ведет организм к физической зависимости, поскольку единственным способом получить незаменимый метаболит становится использование его внешнего источника.

Дальнейшие исследования патогенеза зависимости организма от психоактивных веществ осуществляются в настоящее время белорусскими учеными школы В. В. Лелевича.

Таким образом, взаимодействие алкоголя с метаболическими веществами организма вносит определенный вклад в понимание работы патологического механизма, который способствует прогнозированию реабилитационных мероприятий и поиску методов управления потребления алкоголя.

Потребностно-информационный подход приводит нас к гипотезе о том, что с современной точки зрения понятия “душа” и “духовность” человека обозначают индивидуальную выраженность в структуре личности двух фундаментальных потребностей: индивидуальной потребности познания и социальной потребности “для других”. Под духовностью преимущественно подразумевается первая из этих потребностей, под душевностью – преимущественно вторая.

Поскольку потребности для себя и для других присущи любому из нас, их соотношение получило отражение в представлении “о размере души”, в проявлении “малодушия или великодушия”. С категорией духовности соотносятся потребности познания – мира, себя, смысла и назначения своей жизни. “Не зная, для чего ему жить, человек скорее истребит себя, даже если кругом его все будут хлебы, ибо тайна человеческого бытия не в том, чтобы только жить, а в том, для чего жить” – пишет Достоевский в “Братьях Карамазовых”.

Когда впервые немецкий ученый Ганс Бергер в 1923 году зарегистрировал биоэлектрическую активность мозга человека с поверхности черепа в виде кривой электроэнцефалограммы (ЭЭГ),

имеющую разнообразные по рисунку и структуре компоненты, у него вначале возникла мысль, что он сможет прочитать психические процессы (мысли) человека. Однако каково его было разочарование, когда, несмотря на засекреченность в первое время своих исследований, сделать это ему не удалось.

В настоящее время ЭЭГ вошла в практику клинической медицины, являясь одним из важнейших методов исследования. Особенно ценны для клиницистов данные ЭЭГ при эпилепсии, черепно-мозговых травмах, органических поражениях центральной нервной системы.

Одним из вариантов электроэнцефалографии является регистрация вызванных потенциалов головного мозга, по выражению П. К. Анохина, являющихся уникальным феноменом электрофизиологии нервной системы.

Под вызванными потенциалами (ВП) понимают биоэлектрические реакции головного мозга, поступающие из различных его разделов в ответ на раздражение рецепторов чувствительных нервов, проводящих путей, отдельных нейронов. ВП находятся в строгой зависимости от момента нанесения стимула (светового, звукового, тактильного и др.), имеют определенное количество электроположительных и электроотрицательных колебаний. Величина ВП очень мала. Они наслаиваются на спонтанную электроэнцефалограмму, и только с помощью компьютерных устройств стало возможным улавливать эти слабые колебания. Вызванные потенциалы используются для изучения поступления информации в кору больших полушарий по специфическим и неспецифическим путям. Изменения оптимальных информационных соотношений процессов мозга могут приводить к различным психопатологическим расстройствам.

Изучению ВП при острой алкогольной интоксикации посвящено сравнительно небольшое количество работ. В эксперименте на кошках Story, Eidelberg, French использовали метод ВП для выяснения действия



этилового алкоголя на различные образования головного мозга. С этой целью регистрирующие электроды были имплантированы в неокортекс кошек, а также в таламус и лимбические структуры. Алкоголь вводили внутривенно в малых, средних и больших дозах. Интоксикационные дозы алкоголя, достаточные для вызывания выраженной атаксии, не вызывали существенных изменений в спонтанной электроактивности коры головного мозга, лимбической и таламической областей. Однако анализ вызванных потенциалов дал интересную информацию. Под действием указанных доз этилового спирта возрастала ранняя негативная волна во всех областях регистрации. Кортикальные ответы на стимуляцию сенсорных реле-ядер таламуса после введения спирта у тех же животных снижались или исчезали. Наблюдалось угнетение ответов зрительной коры на стимуляцию оптического тракта. Увеличение дозы вводимого алкоголя усиливали изменения, описанные в соматосенсорных и визуальных ответах. Кроме того, появлялась и значительно возрастала поздняя положительная волна прямого коркового ответа. Эти дифференцированные результаты влияния алкоголя авторы связывают с подавлением передачи возбуждения со специфических афферентов на корковые нейроны. Наблюдения авторов показали преимущество метода регистрации ВП в сравнении с фоновой электроэнцефалограммой.

Прием малых и средних доз алкоголя (0,41 г/кг и 0,82 г/кг) здоровыми людьми, по данным Lewis, Dustman, Beck уменьшал амплитуду поздних компонентов на световые и соматосенсорные стимулы, но не изменял уровня различения частоты звуков. Авторы объясняют эти физиологические изменения более высокой чувствительностью к алкоголю структуры ретикулярной формации ствола мозга. По их мнению, сдвиги функционального состояния коры больших полушарий носят вторичный характер и являются следствием угнетения неспецифических восходящих активирующих влияний.

Однако имеются факты, указывающие, что алкоголь действует непосредственно и на кору мозга, в особенности на зрительную область и на рецепторы, в частности, на колбочковый аппарат сетчатки.

Исследованию вызванной биоэлектрической активности при алкогольной зависимости и алкогольных психозах посвящены единичные работы. Применяя световую вспышку в качестве раздражителя, Н. В. Виноградов, А. А. Кирпиченко, В. С. Глушанко регистрировали ВП с наличием ранних и поздних компонентов. Сравнительный анализ амплитудных характеристик ВП показал снижение у пациентов алкогольной зависимостью величин ранних и повышение поздних волн. При активации внимания у здоровых лиц снижались Ia, I, VI, VII волны и увеличивались IV, V. В тоже время у пациентов изменения носили обратный характер. На основании этих данных делается вывод о нарушении под влиянием хронической алкогольной интоксикации морфологии ВП больших полушарий.

Т. Д. Филимонова отмечала снижение поздних компонентов вызванного ответа (в том числе и Е-волны) у пациентов с алкогольной зависимостью по сравнению с контролем. А. М. Галуновой при алкогольной зависимости в сравнении с контролем было выявлено снижение амплитудных величин ранних ответов во всех регистрируемых областях. При сопоставлении этих данных с клинической картиной болезни оказалось, что указанные угнетения ранних компонентов более выражены при тяжелых формах алкогольной зависимости в затылочной и центрально-теменной областях, а в более легких случаях – в переднетеменной и лобной. Поздние колебания (латентный период свыше 100 мсек) были склонны к дифференцированному изменению, зависящему от стадии болезни. Пиковая латентность отдельных волн ВП и продолжительность всего комплекса ответа при алкогольной зависимости была увеличена. В состоянии абстиненции амплитудные величины ранних

и поздних компонентов меньше аналогичных показателей после исчезновения абстинентных явлений. Автор проводит корреляцию между указанными сдвигами зрительных ВП и психопатологическими проявлениями при алкогольной зависимости, считая, что характер последних в определенной степени зависит от нарушения проведения информации по различным мозговым структурам. При изучении зрительных ВП при белой горячке автор отмечает увеличение специфического ответа в остром периоде психоза в затылочной области наряду со снижением в других регистрируемых областях (передне-, центрально-теменной и лобной). Исчезновение психопатологической симптоматики сопровождалось тенденцией к нормализации обоих видов афферентации – специфической и неспецифической. В остром периоде психоза ответ был продолжительнее, чем в контрольных исследованиях.

Вышеуказанными исследованиями продемонстрирована несомненная связь изменений вызванных потенциалов с различными функциональными состояниями головного мозга. Можно прийти к выводу, что острая и хроническая алкогольная интоксикация человека и животных вызывает изменения биоэлектрической активности головного мозга. Это свидетельствует об определенных нарушениях корково-подкорковых взаимоотношений, играющих существенную роль в патогенезе алкогольной зависимости.

В свете этих данных еще больший интерес представляет возможность изучения алкогольной зависимости путем получения дополнительных результатов с помощью метода регистрации ВП, которые, как следует из литературного обзора, являются более точным отражением тонких нейрофизиологических процессов в центральной нервной системе.

На основании изложенного следует, что до настоящего времени остается неясным соотношение первичных и вторичных факторов в происхождении аддиктивного поведения и формирования зависимости.

Остается мало исследованной роль таких факторов, имеющих значение для прогрессивной динамики аддиктивного поведения в наркологические расстройства, как наследственность, семейное воспитание, органическая церебральная недостаточность, акцентуированные характерологические особенности или аномально-личностные свойства, система отношений с окружающими, самооценка, уровень притязаний, девиантное и делинквентное поведение, мотивации потребления ПАВ и др. До настоящего времени не выяснены социально-психологические и клинические аспекты перехода аддиктивного поведения в наркологические расстройства, что имеет существенное значение для организации комплексной профилактической и реабилитационной помощи.

**Цель исследования** – провести анализ особенностей злоупотребления алкоголем среди подростков женского пола с отклонениями в поведении для разработки методики своевременного выявления лиц данного контингента и мероприятий по ранней профилактике.

**Задачи:**

- 1) Изучить распространенность злоупотребления алкоголем среди подростков женского пола с девиантным поведением с применением критериев МКБ-10;
- 2) Проанализировать у девиантных подростков женского пола, злоупотребляющих алкоголем, личностные особенности, предрасполагающие к формированию зависимости от алкоголя;
- 3) Исследовать гормональный статус подростков женского пола, злоупотребляющих алкоголем, ассоциированный с наиболее актуальными для алкогольного и девиантного поведения эмоциями;
- 4) Провести сравнительный анализ полученных данных в основной и контрольной группах;

5) Разработать алгоритм или методику для раннего выявления подростков женского пола с девиациями поведения и риском злоупотребления алкоголем;

6) Обосновать на основе полученных данных рекомендации по проведению первичной профилактики формирования зависимости от алкоголя.

## **2 ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМОГО КОНТИНГЕНТА**

Дизайн исследования – открытое рандомизированное сравнительное с параллельными группами (основная группа девочек и девушек подросткового возраста с начальными проявлениями алкогольной аддикции в сочетании с девиациями поведения, а так же без признаков девиантности и группа сравнения состоящая из девочек и девушек подросткового возраста без признаков алкогольной аддикции с благополучным алкогольным анамнезом и социальным статусом).

Критерии включения в исследование несовершеннолетних (стратифицированная рандомизация): подростки женского пола с диагнозом «Расстройство поведения» в возрасте 12-17 лет, употребление алкоголя с вредными последствиями, употребление (злоупотребление) алкоголя без четкой идентификации вредных последствий у несовершеннолетних с высоким риском развития алкогольной зависимости.

Исследовательская выборка несовершеннолетних с нарушениями поведения и начальными проявлениями алкогольной аддикции формируется из пациенток, проходящих лечение в детско–подростковом отделении Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии. Для достижения задач исследования из выборки несовершеннолетних методом случайного отбора формируется основная

исследовательская группа, включающая 84 девочки-подростка. Группу сравнения составляют 30 несовершеннолетних, соответствующих основной исследовательской группе по полу и возрасту.

В исследование не включены девочки-подростки с умственной отсталостью и психической патологией психотического регистра.

### **3 МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Методологической базой исследования являются основные принципы разработки программ для оценки степени рисков и проведения скрининга.

Методологический подход к разработке программы оценки риска формирования алкогольной зависимости у девочек-подростков с нарушениями поведения базируется на современных доктринах и моделях девиаций, изложенных в работах И.С. Кона, Е.В. Змановской, Г. Мердока, Р. Мак Крона, Д. Доунса, А. Коэна, Р. Кловарда, Л. Олина, М. Брейка и др.(2001 г.), а также в публикациях исследовательского сообщества «Eurogang», в которое входят ученые из европейских стран и США. Теоретическая основа разрабатываемой методики – наследственно-биологические концепции П. Келли, Э. Кречмера, Ч. Ломброзо, У. Шелдона (2003 г.); бихевиористская теория социального научения А. Бандуры; социально-психологические теории когнитивного диссонанса Л. Фестингера, С. Линга, Р. Харре (2002 г.).

В планируемом варианте разрабатываемая программа оценки риска формирования алкогольной зависимости у несовершеннолетних лиц женского пола ориентирована на национальные особенности и специфику подросткового возраста.

Программа будет представлена в виде тест-листа (опросника) для проведения скрининга в целях выявления повышенного в сравнении с

популяцией риска развития алкогольной зависимости у девочек-подростков, применяющегося в дополнение к клиническим методам диагностики и обследования.

Для верификации психического состояния применяется структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью диагностирования критериев алкогольной зависимости по МКБ-10. Для оценки выраженности алкогольной аддикции, выявления полного спектра структурных компонентов личности и структуры поведенческих проблем – стандартные методы клинико-патопсихологического и психологического исследования: тест личностных акцентуаций, модифицированный вариант методики ПДО для выявления типов акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей; «тест школьной тревожности Филлипса» для определения уровня тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, проблем и страхов в отношениях с ровесниками и учителями; «тест Басса-Дарки» – личностный опросник, предназначенный для диагностики агрессивных и враждебных реакций, многофакторный личностный «опросник Айзенка» – подростковый вариант для оценки индивидуально-психологического склада, эмоциональной устойчивости и адаптированности [17].

Обследовано 84 девочки-подростка в возрасте 14-18 лет ( $16,1 \pm 0,12$  лет). Основную группу (ОГ) составили 54 девочки-подростка с алкогольным аддиктивным поведением. Группа сравнения (ГС) сформирована из 30 девочек-подростков без аддиктивных проблем. Исследуемые ОГ и ГС не отличались по возрасту ( $16,13 \pm 0,18$  и  $16,07 \pm 0,13$  лет). Все исследуемые проходили стационарное лечение в детско-подростковом отделении Витебского областного клинического центра «Психиатрия и наркология».

Для сбора анамнеза и основных социально-демографических характеристик была составлена оригинальная анкета. Данные анамнеза были объективизированы сведениями родственников, а информация об аддиктивном поведении была подтверждена письменной информацией школьных психологов и сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних. Сведения прикреплены к первичной документации исследуемых.

Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью.

В целях выявления спектра структурных компонентов личности и анализа поведенческих проблем авторами в качестве диагностического инструмента был использован тест личностных акцентуаций, предназначенный для выявления типов акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей.

Для статистической обработки материалов исследования применяется программа SPSS for Windows 17.0.

## **4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **4.1 Анализ социальных факторов связанных с алкогольным аддиктивным поведением у девочек-подростков из Республики Беларусь**

При статистической обработке данных установлено, что среди субъектов ОГ статистически значимо преобладали городские жители, нежели представители сельской местности (соответственно, 72,2% и 27,8%;  $p < 0,05$ ). В ГС распределение было следующим – 60% и 40%. С учетом направленного подбора групп, межгрупповых статистических отличий по данной характеристике не было.



ОГ и ГС имели статистически значимые отличия по распределению субъектов в зависимости от уровня текущей академической успеваемости, который в представляемом исследовании квалифицировали как низкий, средний и высокий. В ОГ и ГС распределение было следующим: низкий уровень успеваемости, соответственно, 55,6% и 0%; средний 42,6% и 6,7%; высокий 1,9% и 93,3%. В ОГ преобладали субъекты с низким и средним уровнем успеваемости, в ГС с высоким ( $\chi^2=71,8$ ;  $p<0,05$ ).

ОГ и ГС имели статистически значимые отличия по распределению субъектов в зависимости от некоторых типов семейно-социальных условий воспитания. Распределение субъектов в ОГ и ГС по данной характеристике было следующим: соответственно, воспитание в полной семье 25,9% и 63,3%; воспитание в деформированной семье 16,7% и 0%; биологический сирота 1,9% и 10,0%; социальный сирота 31,5% и 0% ( $\chi^2=24,1$ ;  $p<0,05$ ). Статистически значимых отличий между группами по относительному количеству лиц, воспитывавшихся в неполных семьях не было (24,1% и 26,7%).

У 63% исследуемых ОГ имелась отягощенная наследственность по алкогольной зависимости, в ГС ни у кого не отмечалось отягощенного алкогольного анамнеза ( $\chi^2=31,7$ ;  $p<0,05$ ). Отягощенная наследственность имела место по линии отца у 16,7%, по линии матери у 25,9%, по линии обоих родителей у 20,4%.

Очередность рождения не была связана со склонностью к формированию аддиктивных алкогольных проблем. В ОГ и ГС количество лиц родившихся первым ребенком в семье было, соответственно, 50,0% и 56,7%; вторым – 42,7% и 36,7%; третьим – 5,6% и 6,7%; четвертым – 1,9% и 0%.

Среди субъектов ОГ 29,6% воспитывалось в многодетных семьях, в ГС таковых было 6,7% ( $\chi^2=6,8$ ;  $p<0,05$ ).

Среди девочек-подростков с аддиктивным алкогольным поведением 53,7% состояли на учете у подросткового психиатра, в группе сравнения таких случаев не зафиксировано ( $\chi^2=24,6$ ;  $p<0,05$ ). Аналогичная ситуация наблюдается в отношении количества лиц в исследуемых группах, состоявших на учете в инспекции по делам несовершеннолетних (соответственно, 53,7% и 0%;  $\chi^2=25,9$ ;  $p<0,05$ ).

Из лиц группы сравнения, состоявших на учете у подросткового психиатра 75,9% находились на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, у 24,1% склонность к аддиктивному поведению не зарегистрирована в правоохранительных органах ( $\chi^2=24,6$ ;  $p<0,05$ ).

Возраст первого знакомства с алкоголем в ОГ составил  $13,61\pm 0,19$  лет, а возраст систематического употребления  $14,82\pm 0,17$  лет. Среднегрупповое значение формирования регулярного употребления алкоголя в ОГ составило  $1,24\pm 0,16$  года. Установлено, что у субъектов ОГ с отягощенной наследственностью по алкогольной зависимости по сравнению с лицами ОГ без отягощенной наследственности возраст формирования регулярного употребления алкоголя меньше (соответственно,  $14,4\pm 0,25$  лет и  $15,03\pm 0,22$  лет;  $p<0,05$ ).

Установлена корреляционная связь между возрастом первого знакомства со спиртным и временем формирования регулярного употребления спиртного ( $r= -0,66$ ;  $p<0,05$ ). Чем в более раннем возрасте субъекты ОГ знакомятся со спиртным, тем быстрее формируется стадия регулярного употребления алкоголя.

В то же время возраст первого знакомства со спиртным и возраст формирования регулярного употребления алкоголя не зависят от места жительства, уровня успеваемости, условий семейного воспитания и статуса.

Индивидуальное воздействие социальных факторов наблюдается редко. Обычно на субъектов осуществлялось комплексное воздействие

вышепредставленных факторов, которые взаимодействовали между собой и могли изменять силу влияния друг друга. В соответствии с данными условиями была рассчитана прогностическая модель комплексного влияния социальных факторов на вероятность формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек подростков. В качестве статистического метода был применен метод логистической регрессии. При этом как зависимую использовали дихотомическую переменную наличия или отсутствия алкогольного аддиктивного поведения. Независимыми переменными выступали социальные факторы, представленные в настоящей статье в рамках статистического анализа (место жительства, успеваемость, условия семейного воспитания и статуса, количество детей в семье и очередность рождения, наличие алкогольной наследственности, наблюдение у психиатра и в инспекции по делам несовершеннолетних, приводы в милицию). Результаты статистической обработки данных определили высокую прогностическую значимость данной модели 98,8%, при такой же высокой доле влияния предикторов  $R^2 \text{ Nagelkerke} = 98,7\%$ . Наиболее показательными предикторами социальной модели являются:  $x_1$  – низкая успеваемость ( $B = -71,8$ );  $x_2$  – единственный ребенок в семье ( $B = -51,1$ );  $x_3$  – наличие алкогольной наследственности ( $B = 50,4$ );  $x_4$  – наблюдение у психиатра ( $B = 18,04$ );  $x_5$  – наблюдение в инспекции по делам несовершеннолетних ( $B = -15,9$ );  $x_6$  – приводы в милицию ( $B = 34,7$ ), при значении константы 33,24.

Уравнение регрессии с учетом полученных данных выглядит следующим образом:

$$P = 1 / 1 + e^{-z},$$

$$\text{где } z = -71,8 \cdot x_1 - 51,1 \cdot x_2 + 50,4 \cdot x_3 + 18,04 \cdot x_4 - 15,9 \cdot x_5 + 34,7 \cdot x_6 + 33,24.$$

В результате проведенного исследования установлено преобладание среди девочек-подростков с алкогольной аддикцией лиц, проживающих в

условиях города. Следует отметить, что в исследуемую выборку основной группы включались девочки-подростки, поступавшие на стационарное лечение. Процентное распределение среди лиц основной группы с учетом критерия рандомизации по месту проживания преобладали городские жительницы. Процессы урбанизации, а также ассоциированные с ней изменения культурных особенностей и традиций приводят к изменению поведения у современной молодежи. Чаще это происходит в условиях больших популяционных групп, для которых более типично индуцирование определенных, чаще аддиктивных форм поведения. Это нашло подтверждение в результатах работы.

Социальными паттернами риска формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются ряд семейных факторов, представленных в основном особенностями воспитания, что подтверждено также и в других исследованиях [4]. В работе, также установлены социальные предикторы рискованного аддиктивного поведения у девочек подростков, которые напрямую можно отнести к социальным факторам риска (наблюдение у психиатров по месту жительства, учет в инспекции по делам несовершеннолетних), однако, следует отметить, что данные об этих аспектах являются достаточно объективными. Кроме того, статистические данные подтверждают высокую статистическую значимость их влияния на риск формирования алкогольного аддиктивного поведения.

Следует отметить, что девочки-подростки довольно рано начинают употреблять алкоголь и настораживает тот факт, что, чем раньше они впервые знакомятся со спиртным, тем быстрее формируется регулярное употребления алкоголя. Можно было предположить, что у данного контингента это обусловлено генетическими особенностями. Опосредованно это подтверждено данными о том, что у 63% «проблемных» девочек имела место алкогольная наследственность.

Аналогичные результаты получены в других исследованиях проведенных на больших выборках с участием подростков и молодых людей мужского пола [4]. Проба алкоголя в более раннем возрасте в последующем предопределяет большую частоту и количество употребления сначала слабоалкогольных, а затем более крепких спиртных напитков [4].

В результате проведенного исследования определена модель наиболее значимых социальных факторов влияющих на формирование алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков. Показатели этой прогностической социальной модели риска формирования алкогольного аддиктивного поведения у обследуемого контингента позволяют определить риск его формирования, что является хорошим подспорьем для прогнозирования профилактических мероприятий в данной социально – демографической группе.

При проведении профилактики формирования алкогольного аддиктивного поведения желательно обращать внимание на установленные в результате работы прогностически неблагоприятные социальные факторы.

Выявленные социальные факторы риска и вероятности алкогольной аддикции могут являться «мишенями» профилактических, коррекционных и образовательных программ. Условия проведения профилактических и медицинских мероприятий желательно проводить с учетом специфики различных социальных групп.

Ввиду очевидности изучаемой нами проблемы, на основании данных анализа литературы, а также результатов нашего исследования, можно предложить следующие меры профилактики алкогольной зависимости среди различных учебных заведений:

- 1) согласование с учащимися реформ учебного процесса;
- 2) совершенствование организации помощи учащимся с низкой успеваемостью;

3) изменения, направленные на улучшение эмоционального «климата» в учебном заведении, обучение профилактическим мерам преподавателей;

4) нацеленность на подготовку учащегося к выбору профессии, дальнейшей учебе и карьере;

5) организация службы для помощи учащимся со склонностью к аддиктивному поведению.

#### **Выводы к разделу 4.1:**

1. Среди лиц с алкогольным аддиктивным поведением преобладают городские жители.

2. Социальными факторами риска формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются: низкая успеваемость, воспитание в деформированных и многодетных семьях, социальное сиротство, наблюдение у психиатров по месту жительства, учет в инспекции по делам несовершеннолетних.

3. У девочек-подростков отмечался довольно ранний возраст первого знакомства со спиртным ( $13,61 \pm 0,19$  лет) и быстрое формирование систематического употребления алкоголя ( $1,24 \pm 0,16$  года), у 63% имела место алкогольная наследственность. Более раннее начало употребления алкоголя определяло более злокачественное формирование систематической алкоголизации.

4. В результате проведенного исследования определена модель наиболее значимых социальных факторов влияющих на формирование алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков, состоящая из предикторов в виде низкой успеваемости, единственного ребенка в семье, наличия алкогольной наследственности, наблюдения у психиатра, наблюдение в инспекции по делам несовершеннолетних, приводы в милицию.

5. При проведении профилактики формирования алкогольного аддиктивного поведения желательно обращать внимание на прогностически неблагоприятные социальные факторы, представленные по результатам исследования, с целью повышения эффективности проводимых мероприятий.

#### **4.2 Анализ агрессивных тенденций у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением из Республики Беларусь**

Исследование агрессии проводилось с помощью «Опросника состояния агрессии Басса-Дарки» [6]. Определялись основные формы агрессии по соответствующим шкалам: физическая агрессия (**ФА**); вербальная агрессия (**ВА**); косвенная агрессия (**КА**); злобные сплетни, шутки, беспредметные и неправильные взрывы ярости, крик, топание ногами, битье кулаками по столу и т. п.; негативизм (**Н**); склонность к раздражению (**Р**); подозрительность (**П**); обида (**О**); чувство вины или аутоагрессия (**АА**), индекс враждебности (**ИВ**) и агрессивности (**ИА**).

Все испытуемые после предоставления полной информации о целях работы и предполагаемых результатах давали письменное согласие на участие в исследовании.

Обследование проводилось, при отсутствии клинических признаков состояния отмены, подтвержденное анализом лабораторных показателей на наличие признаков алкогольной интоксикации и ее последствий.

При статистической обработке данных установлены следующие среднегрупповые уровни по всем видам агрессии в обеих исследуемых группах (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1 – Среднегрупповые уровни (в баллах) агрессии в исследуемых группах

Группы	Виды агрессии								Индексы	
	ФА	ВА	КА	Н	Р	П	О	АА	ИБ	ИА
ОГ	59,1± 7,2	58,2± 5,1	58,01± 6,08	50,37± 8,01	40,0± 6,08	82,9± 6,6	66,72± 6,16	78,8± 4,6	58,4± 5,18	74,8± 5,2
ГС	53,5± 1,2	33,1± 1,01	30,76± 4,56	0	7,8± 1,06	45,1± 1,2	24,3± 1,6	44,0± 0,01	39,1± 1,4	34,7± 0,44
	p>0,05	p<0,05								

ОГ и ГС имели статистически значимые отличия (таблица 4.2.1) по уровням всех видов агрессии, индексам агрессивности и враждебности, за исключением уровней физической агрессии. Среднестатистические уровни агрессии выше в ОГ ( $p<0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что у субъектов женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имеются более выраженные агрессивные тенденции по сравнению со здоровым контролем. Более высокие уровни агрессии и индексов враждебности и агрессивности в ОГ и могут свидетельствовать о проблемах эмоционального реагирования у данного контингента. Можно предположить, что субъекты данной субпопуляционной группы употребляют алкоголь для коррекции своего эмоционального состояния, так как алкоголь имеет достаточно выраженные релаксационные эффекты и является доступным средством в современном обществе. С другой стороны, лица с высокими уровнями агрессивности имеют антисоциальные наклонности и пребывают в кругу себе подобных, где культивируется употребление спиртных напитков. Довольно раннее начало употребления алкоголя достаточно быстро приводит к формированию алкогольного аддиктивного поведения [3].

Внутригрупповой анализ профиля различных видов агрессивности в ОГ свидетельствует о преобладании у данного контингента



подозрительности, аутоагрессивных тенденций, обиды и индекса агрессивности.

Высокие уровни подозрительности свидетельствуют о недоверии и осторожности по отношению к людям, основанные на убеждениях, что окружающие намерены причинить вред. Аутоагрессивные тенденции выражают возможное убеждение субъектов в том, что он является плохим человеком, поступает злобно и выражают наличие у него угрызений совести. Наличие среди ведущих видов агрессии обиды свидетельствует о чувстве, вызванном завистью и ненавистью к окружающим, обусловленное горечью, гневом на весь мир за действительные или мнимые страдания.

Представленные доминирующие виды агрессии подчеркивают проблемы в эмоциональной сфере у лиц женского пола с алкогольным агрессивным поведением.

Отсутствие значимых отличий по уровням физической агрессии в ОГ и ГС можно объяснить гендерным аспектом, так как в отличие от лиц мужского пола для девушек менее типично проявление агрессии в виде использование физической силы против другого лица. Однако, следует обратить внимание, что в ГС показатель уровня физической агрессии находится на первом месте по сравнению с другими видами агрессии, при минимально низких показателях раздражительности и отсутствии негативизма.

Не установлено статистически значимых отличий по уровням различных видов агрессии в ОГ в зависимости от наличия отягощенного анамнеза по алкогольной зависимости у ближайших родственников.

Имеются более высокие показатели уровней раздражительности у лиц ОГ, проживающих в сельской местности по сравнению с городскими жительницами ( $48,6 \pm 6,2$  и  $36,7 \pm 3,4$ ;  $p < 0,05$ ).

В ОГ более высокие показатели уровней индекса враждебности у субъектов являющихся социальными сиротами по сравнению с лицами, воспитывающихся в полных семьях ( $83,6 \pm 3,7$  и  $69,4 \pm 6,1$ ;  $p < 0,05$ ).

Не установлено Различий в ОГ по показателям уровней агрессивности в зависимости от успеваемости не установлено.

У субъектов ОГ установлена слабая корреляционная связь ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ) между возрастом начала регулярного употребления алкоголя и уровнями негативизма.

Была рассчитана прогностическая модель комплексного влияния различных видов агрессии на вероятность формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек подростков. В качестве статистического метода был применен метод логистической регрессии. При этом как зависимую использовали дихотомическую переменную наличия или отсутствия алкогольного аддиктивного поведения. Независимыми переменными выступали различные виды агрессии по опроснику Басса-Дарки. Результаты статистической обработки данных определили высокую прогностическую значимости данной модели  $64,3\%$ , при такой же высокой доле влияния предикторов  $R^2$  Кокса-Снелла  $= 72,8\%$ . Наиболее показательными предикторами модели из различных видов агрессивных тенденций, повышающих риск алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются:  $x_1$  – ФА ( $B = 0,65$ );  $x_2$  – ВА ( $B = 0,2$ );  $x_3$  – КА ( $B = -0,1$ );  $x_4$  – Н ( $B = -0,49$ );  $x_5$  – Р ( $B = -0,42$ );  $x_6$  – П ( $B = -0,36$ );  $x_7$  – О ( $B = -0,61$ );  $x_8$  – АА ( $B = -0,21$ ), при значении константы  $24,8$ .

Уравнение регрессии с учетом полученных данных выглядит следующим образом:

$$P = 1 / 1 + e^{-z},$$

где  $z = 0,65 \cdot x_1 + 0,2 \cdot x_2 - 0,1 \cdot x_3 - 0,49 \cdot x_4 - 0,42 \cdot x_5 - 0,36 \cdot x_6 - 0,61 \cdot x_7 - 0,21 \cdot x_8 + 24,8$ .

## **Выводы к разделу 4.2**

1. Среди лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением по сравнению со здоровой группой сравнения имеются более высокие уровни вербальной, косвенной агрессии, негативизма, склонности к раздражению, подозрительности, обиды, аутоагрессии, индексов враждебности и агрессивности.

2. В профиле агрессивности у лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением доминирующими являются подозрительность, аутоагрессивные тенденции, обида.

3. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением из факторов, влияющих на агрессивные тенденции, наиболее значимыми являются социальные аспекты в виде проживания в сельской местности и социальное сиротство.

4. В результате проведенного исследования определена модель наиболее значимых факторов агрессивности повышающих риск формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков, среди которых физическая, вербальная, косвенная агрессия, негативизм, склонность к раздражению, подозрительность, обида, аутоагрессия.

5. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности эмоционального реагирования применительно к агрессивным тенденциям.

#### **4.3 Связь гормонального статуса и агрессивности с алкогольным аддиктивным поведением у девочек подростков и у взрослых женщин**

Изучение воздействия гормонов на формирование отклоняющегося поведения представляется актуальным прежде всего в контексте гипотезы о наличии достаточно сильной связи между синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) с одной стороны и синдромом резистентности к тиреоидным гормонам (RTH) – с другой. RTH представляет собой патологическое состояние наследственной природы в основе которого лежат гетерозиготные мутации расположенного на 3 хромосоме гена  $TR\beta$ , ассоциированные с работой рецепторов щитовидной железы. В результате мутации строение  $\beta$  - рецепторов тиреоидных гормонов меняется таким образом, что они теряет способность связывать трийодтиронин. Клинические проявления RTH многообразны и зависят от локализации и степени функциональной активности мутации. При этом наиболее значимыми и характерными симптомами среди других считаются рассеянное внимание и гиперактивность [10].

СДВГ достаточно часто встречается в популяции детей школьного возраста. А у 60 % основные симптомы сохраняются и подростковом периоде [9].

При исследовании подростков с расстройствами поведения была обнаружена связь между повышенным уровнем свободного трийодтиронина с беспокойностью и импульсивностью [10].

Сопоставляя уровень тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона с оценкой психологических особенностей агрессивного поведения у девиантных подростков исследователи выявили взаимосвязь между уровнем тиреотропного гормона и уровнем враждебности, направленностью агрессии на конкретные объекты в целом. Однако, достоверные данные о том, что соотношение T3/T4 стойко ассоциировано

с высокими значениями агрессивности, есть только применительно к мужчинам [1].

Исследование гормонального статуса производилось по общепринятым методикам лабораторной диагностики с использованием метода радиоиммунологического анализа. Определялось содержание в сыворотке крови следующих гормонов: трийодтиронин ( $T_3$ ), тироксин ( $T_4$ ), тиреотропный гормон (ТТГ).

Все испытуемые после предоставления полной информации о целях работы и предполагаемых результатах давали письменное согласие на участие в исследовании.

Обследование проводилось не ранее, чем через 10 дней после констатированного пациентом факта последнего употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены, подтвержденное анализом лабораторных показателей на наличие признаков алкогольной интоксикации и ее последствий.

**Результаты.** Результаты статистической обработки уровней гормонов в исследуемых группах представлены в таблице 4.3.1

Таблица 4.3.1 – Уровни тиреотропных гормонов в исследуемых группах

Группы	Гормоны		
	$T_3$ (наномоль/л)	$T_4$ (наномоль/л)	ТТГ (МкМЕ/мл)
Основная группа	$1,68 \pm 0,05$	$85,36 \pm 3,2$	$3,4 \pm 0,2$
Группа контроля	$2,51 \pm 0,2^*$	$134,1 \pm 3,8^*$	$4,4 \pm 0,3$

\* –  $p < 0,05$

По данным, представленным в таблице 4.3.1 в ОГ среднегрупповые уровни исследуемых гормонов в сыворотке крови ниже, чем в КГ ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что среднегрупповые уровни всех исследованных тиреоидных гормонов в ОГ и КГ находятся в диапазоне общепринятых

условных нормальных показателей (Т3 [1,2 - 2,8 нмо/л]; Т4[60 – 160 нмо/л]; ТТГ [0,33 - 5,5 Мме/мл] ).

Учитывая, что уровни исследуемых гормонов имеют нормативные показатели произвели расчет количества лиц в исследуемых группах, имеющих показатели ниже нормативных, нормативные показатели и выше нормативных. В ОГ больше субъектов с показателями уровней гормонов Т3 ниже нормативных 15,7%, в КГ таковых не было ( $\chi^2=6,6$ ;  $p<0,05$ ). В КГ лиц с повышенным уровнем гормонов Т3 было 3,4%, в ОГ таких субъектов не наблюдалось ( $\chi^2=6,6$ ;  $p<0,05$ ). В ОГ больше субъектов с показателями уровней гормонов Т4 ниже нормативных 13,0%, в КГ таковых было 3% ( $\chi^2=11,1$ ;  $p<0,05$ ). В КГ лиц с повышенным уровнем гормонов Т3 было 13,3%, в ОГ таких субъектов не наблюдалось ( $\chi^2=11,1$ ;  $p<0,05$ ). Исследуемых с показателями уровней ТТГ ниже нормативных не наблюдалось. Достоверных отличий по количеству субъектов с показателями уровней ТТГ выше нормативных в КГ и ОГ не наблюдалось (соответственно, 20,0% и 11,3%).

Произвели расчет отношения шансов формирования алкогольного аддиктивного поведения у субъектов с показателями уровней гормонов Т4 ниже нормативных. При статистических расчетах установлено, что уровень гормона Т4 ниже нормативных показателей может выступать фактором риска алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков (OR=28,0; 95% CI [1,35; 58,5]; Sp=0,8; Se=0,87; AUK=0,84;  $p<0,05$ ).

Произвели расчет уровней агрессивности в исследуемых группах. Данные представлены в таблице 4.3.2

Таблица 4.3.2 – Результаты уровней агрессивности в исследуемых группах

Группы	Виды агрессии								Индексы	
	ФА	ВА	КА	Н	Р	П	О	АА	ИВ	ИА
ОГ	59,1± 7,2	58,2± 5,1	58,01± 6,08	50,37± 8,01	40,0± 6,08	82,9± 6,6	66,72± 6,16	78,8± 4,6	58,4± 5,18	74,8± 5,2
КГ	53,5± 1,2	33,1± 1,01	30,76± 4,56	0	7,8± 1,06	45,1± 1,2	24,3± 1,6	44,0± 0,01	39,1± 1,4	34,7± 0,44
	p>0,05	p<0,05								

Из представленных данных в таблице 4.3.2 следует констатировать, что в ОГ уровни всех видов и индексов агрессивности, за исключением ФА были достоверно выше в ОГ.

У девочек-подростков ОГ, имевших показатели уровней Т4 ниже нормативных, уровни обиды по «Опроснику состояния агрессии Басса-Дарки» были выше, чем у субъектов ОГ с нормативными показателями (соответственно, 6,57±0,5 и 4,91±0,25 баллов; p<0,05). Аналогичная ситуация в этой же группе наблюдалась и по показателям индекса враждебности (соответственно, 15,14±0,5 и 12,28±0,25 баллов; p<0,05).

По результатам проведенного научного исследования [8] установлено, что среди лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением по сравнению с группой сравнения имеются более высокие уровни вербальной, косвенной агрессии, негативизма, склонности к раздражению, подозрительности, обиды, аутоагрессии, индексов враждебности и агрессивности. Определена модель наиболее значимых факторов агрессивности повышающих риск формирования алкогольного аддиктивного поведения у данного контингента. В настоящем исследовании установлено, что уровни гормона Т4 в сыворотке крови ниже нормативных могут являться фактором риска формирования алкогольного аддиктивного поведения, а также предопределяют более высокие уровни обиды и индекса враждебности. Можно

предполагать, что более низкие уровни гормона Т4 в сыворотке крови могут влиять на эмоциональное состояние, в том числе и агрессивность, которую можно рассматривать как промежуточный патогенетический фактор при формировании алкогольного аддиктивного поведения в подростковом возрасте у лиц женского пола.

Более высокие уровни тиреоидных гормонов связаны в основном со стимуляцией психической деятельности, а, следовательно, их более низкий уровень может снижать продуктивность психических процессов, что в свою очередь определяет необходимость их стимуляции. В том числе, более низкий уровень психического функционирования может вызывать агрессивные и аутоагрессивные тенденции, что подтверждается более высокими показателями обиды при низконормативных показателях Т4 по результатам настоящего исследования. Имеющиеся агрессивные тенденции также нуждаются в коррекции. С учетом возраста у данного контингента, наиболее доступным средством может являться алкоголь.

Полученные авторами результаты согласуются с выводами предыдущих исследований, в ходе которых отмечено достоверное снижение показателей профиля гормонов щитовидной железы в сыворотке крови женщин с алкогольной зависимостью по сравнению с лицами контрольной группы [5].

Проблема соотношения биологического и социального имеет большое методологическое значение при изучении патологической зависимости от ПАВ, в том числе и сформировавшейся алкогольной зависимости у взрослых женщин. В результате предыдущих многоаспектных исследований в настоящее время утвердилась позиция, что только дифференцированное понимание биологического и социального в личности женщин с алкогольной зависимостью и человека в целом позволит говорить об интегральных качествах психической деятельности в разных компонентах структуры личности.



Многочисленными предыдущими исследованиями было показано, что при алкогольной зависимости наблюдаются патологические изменения на всех уровнях функционирования, в том числе значительные и многообразные изменения нейроэндокринной системы, которым отводится важное значение в патогенезе алкогольной зависимости.

В работах ряда отечественных и зарубежных авторов есть многочисленные данные о том, что у больных алкогольной зависимостью часто отмечаются нарушения функции гипофиза и коры надпочечников.

Научные исследования Национального Института по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (США) показали, что в результате хронической алкогольной интоксикации развиваются грубые функционально-морфологические изменения в эндокринной системе. Исследования на животных показали, что острая алкогольная интоксикация затрагивает продукцию гормонов гипоталамуса и гипофиза, вызывая их дисфункции. Потребление алкоголя у лабораторных крыс сказывалось на влиянии стресса на организм.

На фоне хронической алкогольной интоксикации снижается активность ферментов в гипофизе и надпочечниках, участвующих в синтезе кортикостероидов и липидов, развивается функциональная неполноценность всей гипоталамо–гипофизарно-надпочечниковой системы. При этом нарушается электролитный обмен, свидетельствующий о снижении функции коры надпочечников. Г. П. Колупаев с соавторами у лиц с алкогольной зависимостью установили обратную взаимосвязь уровня секреции пролактина и тестостерона, доказали связь этих гормональных сдвигов с непосредственным воздействием алкоголя на переднюю долю гипофиза и половые железы, предложили так называемый пролактинтестостероновый индекс, который у лиц с алкогольной зависимостью равен 3,83, а у лиц без алкогольной зависимости - 0,2.

Нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе сопровождаются нарушением секреторной деятельности яичников, что проявляется в бесплодии, снижении и исчезновении либидо, нарушении и прекращении менструального цикла и т. д. Повышенная в начале формирования алкогольной болезни сексуальность в дальнейшем снижается при постепенно полном исчезновении либидо. Этот синдром в психиатрии и сексопатологии обозначается, как оргазмическая ангедония.

При патологоанатомическом исследовании женщин с алкогольной зависимостью установлены изменения со стороны яичников в виде потери специфичности ткани и замещения ее жировой тканью.

Изучение влияния употребления алкоголя на уровень эстрагенов, пролактина, кортизола и лютеинизирующего гормона у женщин в предклимактерическом периоде показало, что алкоголь повышает естественный уровень гормонов по механизму уменьшения окисления.

При употреблении алкоголя происходит выброс дофамина и его избыточное разрушение, которое компенсируется усиленным синтезом. Перестраивается ферментная система и постепенно наступает дефицит в организме дофамина. Выявленная гиперпролактинемия сопровождается аменореей и бесплодием.

Возможны и другие психические нарушения, описываемые, как психоэндокринный синдром, который может быть при алкогольной зависимости в результате вторичного вовлечения в болезненный процесс гипоталамических структур.

Неоднократно предпринимались попытки провести корреляцию между гормональным профилем и особенностями социального поведения. Было установлено, что, в частности, половые гормоны имеют отношение к регулированию социального поведения (Васильченко Г.С., 1983). Было даже высказано мнение, что с особенностями профиля половых гормонов связано агрессивное поведение, в том числе и противоправная активность

как у женщин, так и у мужчин. Установлена взаимосвязь между уровнем кортизола в крови и устойчивой тенденцией к совершению агрессивных действий. Хотя механизм этой связи в настоящее время неизвестен, высказано предположение, что это связано с повреждением гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы вследствие воздействия на стероидные рецепторы, расположенные в гипокампе и фронтальном кортексе. Р. Бэрн и Д. Ричардсон предположили, что влияние половых гормонов на социальное поведение осуществляется не на прямую, а через моделирование личностных и поведенческих характеристик.

Не менее важное значение в нейроэндокринной регуляции имеют гормоны щитовидной железы, как основное звено в биорегуляции состояний, связанных с психоэмоциональным напряжением. Истощение этой биорегулирующей системы под влиянием хронического стресса с развитием явлений гипотиреоза приводит к развитию разнообразной психической и психосоматической патологии, в том числе и психотическим расстройствам по типу экзогенных реакций Бонгоффера. Неоднократно подчеркивалось, что изменения психики при хронической алкогольной интоксикации аналогичны психическим расстройствам, которые наблюдаются при дефиците гормонов щитовидной железы. При наличии гипотиреоза, также как и при алкогольной зависимости заметно снижается психическая активность, замедляются восприятие и внимание, развиваются дисфории со склонностью к конфликтам и повышенной возбудимости, обнаруживается утрата эмоциональных переживаний, снижение нравственно–этических качеств личности с тенденцией к постепенному интеллектуально–мнестическому оскудению. О значении гипотиреоза в развитии психической патологии свидетельствует увеличение эффективности психофармакотерапии в комплексе с гормональными препаратами щитовидной железы (Кирпиченко А.А., 2004).

У пациенток с алкогольной зависимостью при большой длительности заболевания часто развивается эндокринный психосиндром с расстройством влечений, нарушением инстинктов, побуждений и настроения. Многие клинические проявления синдрома отмены алкоголя объясняются дисбалансом нейрогуморальных отношений, которые сопровождаются функциональными изменениями в различных структурах мозга.

В данном исследовании проводилось исследование концентрации 9 гормонов в сыворотке крови: тиреотропного гормона (ТТГ), пролактина, трийодтиронина (Т<sub>3</sub>Т), тироксина, коры надпочечников - кортизола, половых гормонов – эстрадиола, прогестерона, а также лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов.

Забор крови производился у 98 женщин из тематических групп и у 30 женщин из группы контроля. Отобранные для данного исследования испытуемые по своим клинико-эпидемиологическим характеристикам соответствовали аналогичным параметрам обследованных тематических и контрольной группы.

Забор крови у лиц тематической группы проводился через 5-7 дней детоксикационной и общеукрепляющей терапии после полного купирования алкогольного абстинентного синдрома. В зависимости от сроков менструального цикла забор крови осуществлялся в лютеиновую или фолликулярную фазы.

Заборы крови проводились в 8 часов утра натощак из локтевой вены в количестве 10 мл в сухую стеклянную пробирку. В течение 30 минут взятую кровь отстаивали при комнатной температуре до образования сгустка, затем 10 минут центрифугировали при ускорении 1500 g. Для дальнейших исследований использовали сыворотку крови, разливая ее в микропробирки по 0,5 мл в соответствии с количеством планируемых определений биологически активных веществ и хранили в морозильной

камере при температуре минус 18 градусов С не более 1,5 месяцев. Размораживали при комнатной температуре.

Радиоиммунологическое исследование включало 6 основных этапов: 1) подготовка реагентов; 2) смешивание компонентов; 3) инкубация; 4) разделение; 5) радиометрия; 6) построение калибровочной кривой.

Обработку проб вели в соответствии с инструкциями, прилагаемыми к наборам для исследования. Для радиоиммунологического определения трийодтиронина использовался набор РИО-Т3-ИПР для прямого (безэкстракционного) определения в малом объеме (0,1 мл) сыворотки крови человека. Для определения тироксина использовался набор РИО-Т4-ИПР, предназначенный для прямого безэкстракционного определения Т4 в малом объеме (0,025 мл) сыворотки крови человека методом радиоиммунологического анализа. Для радиоиммунологического определения тиреотропного гормона в сыворотке крови человека применялся набор РИА-ТТГ.

Полученные результаты сравнивались с данными от лиц контрольной группы, определялась также зависимость показателей от фаз менструального цикла.

#### **4.3.1. Показатели состояния системы гормонов гипофиза у женщин с алкогольной зависимостью**

Установлено, что концентрация пролактина ( $23,60 \pm 1,78$  нг/мл), кортизола ( $601,20 \pm 24,67$  нмоль/л) и ФСГ ( $27,53 \pm 2,85$  мМЕ/мл) у женщин с алкогольной зависимостью была достоверно выше, чем в контрольной группе (соответственно  $11,19 \pm 1,17$  нг/мл;  $p < 0,0001$ ;  $491,50 \pm 18,59$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ;  $4,86 \pm 2,27$  мМЕ/мл;  $p < 0,05$ ) (табл. 7.2). Исключение составляли ТТГ и ЛГ, концентрация которых в плазме крови у лиц контрольной группы была выше, однако по ТТГ ( $3,81 \pm 0,26$  мМЕ/л и  $2,35 \pm 0,18$  мМЕ )

это изменение было статистически достоверно ( $p < 0,05$ ), а по ЛГ ( $14,96 \pm 1,30$  и  $14,03 \pm 1,35$ ) без достоверной разницы по группам.

Таблица 4.3.3 – Концентрация гормонов гипофиза и надпочечников в сыворотке крови у женщин с алкогольной зависимостью

	ТТГ (мМЕ/л)	Пролактин (нГ/мл)	Кортизол (нмоль/л)	ЛГ (мМЕ/л)	ФСГ (мМЕ/л)
Пациентки с алкогольной зависимостью	$2,35 \pm 0,18$	$23,60 \pm 1,78$	$601,20 \pm 24,67$	$14,03 \pm 1,35$	$27,53 \pm 2,85$
Контрольные Исследования	$3,81 \pm 0,26$	$11,19 \pm 1,17$	$491,5 \pm 18,59$	$14,96 \pm 1,30$	$24,86 \pm 2,27$
р-уровень по сравнению с контрольной группой	$p < 0,01$	$p < 0,0001$	$p < 0,05$		$p < 0,05$
$\chi^2 (df = 5) = 340,4682$					

Концентрации исследованных гормонов в период фолликулярной и лютеиновой фаз была различной у женщин с разными формами социального функционирования.

Таблица 4.3.4 – Концентрация гормонов гипофиза и надпочечников у женщин с алкогольной зависимостью с различными вариантами социального функционирования при фолликулярной и лютеиновой фазах менструального цикла

Фолликулярная фаза					
	ТТГ (мМЕ/л)	Пролактин (нГ/мл)	Кортизол (нмоль/л)	ЛГ (мМЕ/л)	ФСГ (мМЕ/л)
<b>I подгруппа</b>	$*1,62 \pm 0,03$	$20,84 \pm 0,38$	$581,23 \pm 96,77$	$10,64 \pm 0,46$	$17,31 \pm 1,60$
<b>II подгруппа</b>	$*2,05 \pm 0,038$	$*22,49 \pm 0,19$	$596,68 \pm 11,92$	$10,57 \pm 0,61$	$13,51 \pm 4,59$
<b>III подгруппа</b>	$2,26 \pm 0,10$	$*22,13 \pm 0,38$	$689,13 \pm 14,69$	$17,13 \pm 0,91$	$30,65 \pm 1,55$
Лютеиновая фаза					
<b>I подгруппа</b>	$*2,08 \pm 0,01$	$26,62 \pm 1,10$	$569,54 \pm 12,13$	$10,74 \pm 0,62$	$15,69 \pm 1,37$
<b>II подгруппа</b>	$2,67 \pm 0,09$	$*24,44 \pm 0,21$	$685,04 \pm 19,03$	$*3,59 \pm 0,33$	$18,13 \pm 1,65$
<b>III подгруппа</b>	$*2,26 \pm 0,04$	$*25,95 \pm 0,42$	$486,95 \pm 8,96$	$7,00 \pm 0,87$	$13,83 \pm 0,88$

\* –  $p < 0,01$  по сравнению с контрольной группой

В период фолликулярной фазы (таблица 4.3.4.) в отношении большинства исследованных гормонов выявлено повышение их концентрации по сравнению с лицами контрольной группы. При этом максимальное повышение выявлено у лиц с III подгруппы, несколько меньше – у лиц II подгруппы и минимальное повышение – у лиц I подгруппы: ТТГ –  $2,26 \pm 0,10$ ;  $2,05 \pm 0,038$ ;  $1,62 \pm 0,038$  по подгруппам соответственно; пролактин –  $22,13 \pm 0,34$ ;  $22,49 \pm 0,19$ ;  $20,84 \pm 0,38$ ; кортизола –  $689,13 \pm 14,69$ ;  $596,68 \pm 11,92$ ;  $581,23 \pm 96,77$ ; ЛТГ –  $17,13 \pm 0,91$ ;  $10,57 \pm 0,61$ ;  $10,64 \pm 0,46$ ; ФСГ –  $30,65 \pm 1,55$ ;  $13,51 \pm 4,59$ ;  $17,31 \pm 1,16$ . Следовательно, концентрация гормонов в фолликулярной фазе имела тенденцию к повышению ее уровня по мере ухудшения уровня социального функционирования женщин с алкогольной зависимостью.

В лютеиновую фазу менструального цикла, наоборот, отмечено уменьшение концентрации по большинству исследованных гормонов, однако эти изменения оказались неоднозначными без каких-либо определенных тенденций и закономерностей (таблица 4.3.4.).

#### **4.3.2 Гипотиреоз как звено в патогенезе алкогольной зависимости у женщин**

Исследовалась концентрация в сыворотке крови трийодтиронина (ТЙТ), тироксина (ТК), а также тиреотропного гормона (ТТГ), поскольку предыдущими исследованиями уже отмечалась функциональная неполноценность всей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при хроническом воздействии алкогольной интоксикации на гипофиз и надпочечники.

Концентрация ТЙТ, ТК и ТТГ у женщин с алкогольной зависимостью была достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы: ТЙТ –  $1,98 \pm 0,079$  нмоль/л и  $3,04 \pm 0,087$  нмоль/л по группам

соответственно;  $p < 0,001$  ; ТК –  $13,38 \pm 0,32$  нмоль/л и  $16,88 \pm 3,32$  нмоль/л соответственно;  $p < 0,001$ ; ТТГ –  $2,35 \pm 0,18$  мМЕ/л и  $3,81 \pm 0,26$  мМЕ/л соответственно,  $p < 0,001$ ) (табл. 6.3.).

Таблица 4.3.5 – Концентрация гормонов щитовидной железы в сыворотке крови у испытуемых с алкогольной зависимостью по сравнению с контрольными исследованиями

	ТйТ (нмоль/л)	ТК (нмоль/л)	ТТГ (мМЕ/л)
Пациентки с алкогольной зависимостью	$1,98 \pm 0,079$	$13,38 \pm 0,32$	$2,35 \pm 0,18$
Контрольные исследования	$3,04 \pm 0,087$	$16,88 \pm 3,32$	$3,81 \pm 0,26$
$\chi^2 (df = 3) = 211,0489$ ; $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой			

Таким образом, установлено достоверное снижение ТТГ, ТйТ и ТК в сыворотке крови женщин с алкогольной зависимостью по сравнению с лицами контрольной группы.

Сравнение гормонального профиля у лиц с разными формами социального функционирования показало, что в фолликулярную фазу менструального цикла по всем изученным гормонам также отмечена тенденция к снижению их концентрации в последовательности от лиц III к лицам I подгруппы: ТйТ –  $2,21 \pm 0,04$ ;  $1,77 \pm 0,071$ ;  $1,76 \pm 0,10$ ; ТК –  $13,85 \pm 0,02$ ;  $12,40 \pm 0,09$ ;  $12,54 \pm 0,02$ ; ТТГ –  $2,26 \pm 0,10$ ;  $2,05 \pm 0,04$ ;  $1,62 \pm 0,04$ .

Аналогичная тенденция была выявлена и в лютеиновую фазу менструального цикла. В частности, также отмечена тенденция к снижению их концентрации лиц III к лицам I подгруппы: ТйТ  $2,05 \pm 0,03$ ;  $1,82 \pm 0,04$ ;  $1,94 \pm 0,02$ ; ТК  $13,11 \pm 0,06$ ;  $13,01 \pm 0,11$ ;  $13,01 \pm 0,07$ ; ТТГ  $2,26 \pm 0,04$ ;  $2,67 \pm 0,09$ ;  $2,08 \pm 0,01$ .



Таблица 4.3.6 – Концентрация гормонов щитовидной железы у женщин с алкогольной зависимостью с различными вариантами социального функционирования при фолликулярной и лютеиновой фазах менструального цикла

Фолликулярная фаза			
	ТйТ	ТК	ТТГ
I подгруппа	1,76±0,10	*12,54±0,02	*1,62±0,04
II подгруппа	1,77±0,07	*12,40±0,09	*2,05±0,04
III подгруппа	*2,21±0,04	*13,85±0,02	2,26±0,10
Лютеиновая фаза			
I подгруппа	*1,94±0,02	*13,01±0,07	*2,08±0,01
II подгруппа	1,82±0,04	*13,01±0,11	2,67±0,09
III подгруппа	*2,05±0,03	*13,11±0,06	*2,26±0,04

\* $p < 0,01$  по сравнению с контрольной группой

Таким образом, у взрослых женщин с алкогольной зависимостью по сравнению с лицами контрольной группы отмечалось снижение показателей гормонального профиля щитовидной железы, свидетельствующие о нарастании у них явлений гипотиреоза. В обе фазы менструального цикла максимальное снижение концентрации отмечено у лиц I подгруппы и минимальное - у лиц III подгруппы.

#### **4.3.3. Изменения концентрации половых гормонов у женщин с алкогольной зависимостью.**

Проводилось исследование гормонов яичников эстрадиола (ЭД) и прогестерона (ПГ), а также гормонов гипофиза лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ).

Таблица 4.3.7 – Концентрация половых гормонов в сыворотке крови у испытуемых с алкогольной зависимостью по сравнению с контрольными исследованиями

	ЭД (нмоль/л)	ПГ (нмоль/л)	ЛГ (мМЕ/мл)	ФСГ (мМЕ/мл)
Пациентки с алкогольной зависимостью	0,42±0,041 *	4,61±0,91*	14,03±1,35	27,53±2,85
Контрольные исследования	0,69±0,03	9,68±1,23	14,96±1,30	24,86±2,27
$\chi^2$ (df = 4) = 242,7960; *p < 0,001 по сравнению с контрольной группой				

Как видно из таблицы 6.5., у тематических больных выявлено увеличение показателей по сравнению с лицами контрольной группы только по ФСГ (соответственно 27,53±2,85 и 24,86±2,27, p < 0,05). По всем другим гормонам отмечено уменьшение показателей: эстрадиол 0,42±0,041 и 0,69±0,03 соответственно, p<0,001; ПГ 0,69±0,03 и 9,68±1,23, p<0,001; ЛГ 14,03±1,35 и 14,96±1,30. Изменения по ЛГ оказались недостоверны.

В фолликулярной фазе менструального цикла по всем исследованным гормонам по сравнению с лицами I подгруппы отмечено увеличение их концентрации у лиц III подгруппы: эстрадиол 0,34±0,01 и 0,50±0,03 соответственно, p<0,05; ПГ-3,12±0,09 и 4,63±0,29; p<0,05; ЛГ – 10,64±0,46 и 17,13±0,91; ФСГ – 17,31±1,60 и 30,65±1,55 (таблица 4.3.7).

В лютеиновой фазе наблюдалась обратная динамика – снижение концентрации по всем изученным гормонам у лиц III подгруппы по сравнению с лицами I подгруппы: эстрадиол - 0,42±0,03 и 0,37±0,04 (p< 0,05 ), прогестерон . 4,76±0,32 и 2,11±0,21 (p< 0,05), ЛГ – 10,74±0,62 и 7,00±0,87 (p< 0,05), ФСГ – 15,69±1,37 и 13,83±0,88 (p< 0,05).

Следовательно, снижение уровня концентрации половых гормонов в сыворотке крови у женщин с алкогольной зависимостью говорит о том,

что у них нарушается звено в биосинтезе других гормонов, что в свою очередь приводит к нарушению функционирования целостной нейроэндокринной системы с развитием вторичных психических и соматических расстройств.

Таблица 4.3.8 □– Концентрация половых гормонов у женщин с алкогольной зависимостью с различными вариантами социального функционирования при фолликулярной и лютеиновой фазах менструального цикла

Фолликулярная фаза				
	ЭД (нмоль/л)	ПГ (нмоль/л)	ЛГ (мМЕ/мл)	ФСГ (мМЕ/мл)
I подгруппа	*0,34±0,01	*3,12±0,09	10,64±0,46	17,31±1,60
II подгруппа	*0,21±0,02	*3,03±0,06	10,57±0,61	13,51±4,60
III подгруппа	0,50±0,03	4,63±0,29	17,13±0,91	30,65±1,55
Лютеиновая фаза				
I подгруппа	0,42±0,03	4,76±0,32	10,74±0,62	15,69±1,37
II подгруппа	0,44±0,03	4,89±0,38	*3,59±0,33	18,13±1,65
III подгруппа	0,37±0,04	*2,11±0,21	7,00±0,87	13,83±0,88

\* –  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой

На основании анализа показателей исследованного гормонального профиля можно думать о наличии у женщин с алкогольной зависимостью эндокринного психосиндрома (или психозендокринного синдрома).

Представленные по итогам исследования особенности уровня тироидных гормонов открывают новые перспективы в работе по повышению эффективности мер, направленных на профилактику формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения.

В результате проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением уровни тиреоидных и тиреотропных гормонов ( $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ) в сыворотке крови выше, чем в группе лиц здорового контроля без аддиктивных проблем ( $p < 0,05$ ).

2. В группе девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением больше удельный вес субъектов с показателями уровней гормонов  $T_3$  и  $T_4$  ниже нормативных по сравнению в контрольной группой ( $\chi^2=6,6$ ;  $p < 0,05$ ).

3. Наличие уровней гормона  $T_4$  ниже нормативных показателей может выступать фактором риска алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков (OR=28,0; 95% CI [1,35; 58,5];  $p < 0,05$ ).

4. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением с показателями уровней  $T_4$  ниже нормативных уровни обиды и индекса враждебности выше, чем у субъектов данной подгруппы с нормативными показателями уровней данного гормона ( $p < 0,05$ ).

5. При алкогольной зависимости у взрослых женщин наблюдается снижение концентрации в сыворотке крови ТТГ, ТИТ, ТК, а также концентрации половых гормонов (прогестерона и эстрадиола) при одновременном увеличении концентрации пролактина, ФСГ, кортизола.

6. Изменения гормонального «профиля» в сыворотке крови у взрослых женщин с алкогольной зависимостью коррелируют с уровнем их социального функционирования и фазой менструального цикла. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается тенденция к увеличению концентрации гормонов в последовательности от лиц социально адаптированных к лицам с диссоциальным и антисоциальным поведением. В лютеиновую фазу менструального цикла для пролактина, кортизола, ЛГ и ФСГ характерна обратная тенденция.

7. Особенности гормонального профиля у взрослых женщин с алкогольной зависимостью указывают на связь имеющихся у них

гормональных расстройств с формированием психоэндокринного синдрома с характерной клинической картиной заболевания, что опосредованно может влиять на форму их социального функционирования.

8. Представленные данные могут открывать новые перспективы в работе с контингентом девочек-подростков при ранней диагностике аддиктивного поведения и проведении профилактических мероприятий.

#### **4.4 Школьная тревожность у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением**

В исследовании рассмотрена роль феномена школьной тревожности в формировании алкогольной аддикции у лиц женского пола подросткового возраста. Произведена сравнительная оценка уровней и типов школьной тревожности у девочек-подростков в возрасте 14-18 лет из Республики Беларусь с алкогольным аддиктивным поведением и девочек-подростков без алкогольных проблем. Проанализирована взаимосвязь различных типов школьной тревожности со склонностью исследуемого контингента к употреблению алкоголя. Полученные результаты могут быть использованы в разработке эффективных профилактических мероприятий.

Дизайн исследования. Одномоментное поперечное исследование методом «случай-контроль» с направленным формированием групп.

Материалы и методы. Обследовано 84 девочки-подростка в возрасте 14-18 лет ( $16,1 \pm 0,12$  лет). Основную группу (ОГ) составили 54 девочки-подростка с алкогольным аддиктивным поведением. Контрольная группа (КГ) из 30 девочек-подростков без аддиктивных проблем. Исследуемые ОГ и КГ не отличались по возрасту ( $16,13 \pm 0,18$  и  $16,07 \pm 0,13$  лет). Все исследуемые проходили стационарное лечение в детско-подростковом отделении Витебского областного клинического центра «Психиатрия и наркология».

Для сбора анамнеза и основных социально-демографических характеристик была составлена оригинальная анкета. Данные анамнеза были объективизированы сведениями родственников, а информация об аддиктивном поведении была подтверждена письменной информацией школьных психологов и сотрудников инспекции по делам несовершеннолетних. Сведения прикреплены к первичной документации исследуемых.

Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью.

С учетом того, что процесс обучения для испытуемых являлся основным видом деятельности, для исследования уровня тревоги был выбран опросник школьной тревожности Филлипса [6].

Данный диагностический инструмент относится к стандартизированным психодиагностическим методикам и позволяет оценить не только общий уровень школьной тревожности, но и качественное своеобразие переживания тревожности, связанной с различными областями школьной жизни. Опросник достаточно прост в проведении и обработке, поэтому хорошо зарекомендовал себя при проведении фронтальных психодиагностических обследований.

Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться школьникам, а могут и предлагаться в письменном виде. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «Да» или «Нет»

Результаты представляют собой степени тревожности респондента по восьми факторам, выраженные в процентах, содержательная характеристика каждого из которых описана ниже. При этом показатель более 50% свидетельствует о наличии повышенной тревожности, более 75% - о высокой тревожности.

Опросник имеет восемь диагностических шкал: общая школьная тревожность (ОШК), переживание социального стресса (ПСС), фрустрация потребности в достижении успеха (ФПДУ), страх самовыражения (СС), страх ситуации проверки знаний (СПЗ), страх несоответствия ожиданиям окружающих (СНОО), низкая физиологическая сопротивляемость стрессу (НФСС), проблемы и страхи в отношениях с учителями (ПОУ).

Общая тревожность в школе – общее эмоциональное состояние ребенка, указывающее на наличие дефицита адаптационных способностей, определяющих характер включения личности учащегося в образовательный процесс школы.

Переживания социального стресса – эмоциональное состояние ребенка, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего – со сверстниками) определяется дефицитом коммуникативной адаптационной способности личности учащегося.

Фрустрация потребности в достижении успеха – неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата и т. д.

Страх самовыражения – негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей. Свидетельствует о дефиците самооценки личности учащегося.

Страх ситуации проверки знаний – негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно – публичной) знаний, достижений, возможностей. Представляет сложную комбинацию дефицитов первичной социализации, которые указывают на дефицит адекватных ситуации учебной деятельности системы ценностных ориентаций и дефицит мотивации учения, при одновременном дефиците самооценки и дефиците социальной компетенции личности учащегося.

Страх не соответствовать ожиданиям окружающих – ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков, и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок. Наличие дефицита ценностных ориентаций в сочетании с дефицитом самооценки личности учащегося.

Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу – особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающие вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

Проблемы и страхи в отношениях с учителями – общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка. Выявляет наличие комплекса дефицитов адаптационных способностей, – и прежде всего дефицит коммуникативных способностей личности учащегося.

Все испытуемые после предоставления полной информации о целях работы и предполагаемых результатах давали письменное согласие на участие в исследовании.

Обследование проводилось не ранее, чем через 10 дней после констатированного пациентом факта последнего употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены, подтвержденное анализом лабораторных показателей на наличие признаков алкогольной интоксикации и ее последствий.

Критерии исключения. Из исследования исключались пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, систематически употребляющие другие (кроме алкоголя) ПАВ, выраженными когнитивными нарушениями, мешающими целенаправленной коммуникации и выполнению тестов, первичные острые и хронические психические и поведенческие расстройства, другие расстройства, препятствующие выполнению заданий, отказ от участия в исследовании.



Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS for Windows 17.0. С учетом показателей асимметрии, эксцесса, средних и медианы определено, что основные исследуемые показатели в выборках удовлетворяют условиям нормального распределения, поэтому для статистической обработки данных применялись параметрические методы статистической обработки данных.

**Результаты.** При статистической обработке данных установлены следующие среднегрупповые уровни всех видов школьной тревожности по опроснику Филлипса в обеих исследуемых группах (таблица 4.4.1).

Таблица 4.4.1 – Среднегрупповые уровни школьной тревожности по опроснику Филлипса в исследуемых группах

Группы	Виды школьной тревожности							
	ШК	ПСС	ФПДУ	СС	СПЗ	СНОО	НФСС	ПОУ
ОГ	46,9± 2,5	51,2± 3,4	40,2± 0,05	41,1± 2,8	62,2± 4,1	56,9± 0,8	40,4± 4,04	47,7± 2,4
КГ	9,6± 0,36	5,2± 0,6	16,5± 1,3	3,41 ± 0,8	6,4± 1,5	0	0	22,7± 2,5
	p>0,05							

ОГ и КГ имели статистически значимые отличия (см. таблица 4.4.1) по уровням всех видов школьной тревожности. Среднестатистические уровни школьной тревожности выше в ОГ ( $p<0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что у субъектов женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имеются более выраженные тревожные тенденции по сравнению со здоровым контролем. Более высокие уровни школьной тревожности у лиц ОГ ( $p<0,05$ ) могут свидетельствовать о проблемах эмоционального реагирования и об особенностях адаптационного процесса у данного контингента. Более высокий уровень общей школьной тревожности указывает на наличие дефицита адаптационных способностей как к образовательному процессу в школе,

так и о более низких адаптационных способностях у данного контингента в целом. Субъекты ОГ отличаются также более низкими коммуникативными адаптационными способностями, связанными непосредственно со склонностью к тревожным реакциям. Кроме того, излишняя тревожность обуславливает затруднения в удовлетворении потребности в достижении успеха, что препятствует достижению высоких результатов. У субъектов женского пола с алкогольным аддиктивным поведением в связи с более высокой тревожностью отмечается более низкая самооценка, которая затрудняет демонстрацию своих возможностей. Имеется дефицит адекватных ситуации ценностных ориентаций и мотивации учения, при одновременном дефиците социальной компетенции личности. Для данного контингента более типичен внешний локус контроля, так как для них более характерна ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим. Лица с внешним локусом контроля отличаются: неуверенностью в своих способностях; стремлением отложить реализацию своих намерений; подозрительностью; агрессивностью; конформизмом. Специфической характеристикой для данного контингента является снижение приспособляемости к ситуациям стрессогенного характера, повышающим вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожные факторы среды.

Можно предположить, что субъекты данной субпопуляционной группы употребляют алкоголь для коррекции своего эмоционального состояния, так как алкоголь имеет достаточно выраженные анксиолитические эффекты и является доступным средством в современном обществе. Довольно раннее начало и частое употребление алкоголя достаточно быстро приводит к формированию алкогольного аддиктивного поведения [4].

Внутригрупповой анализ профиля различных видов школьной тревожности в ОГ свидетельствует о доминировании у данного контингента страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, переживание социального стресса. Это свидетельствует о приоритетном значении таких личностных характеристик, как на дефицит адекватной системы ценностных ориентаций при одновременном дефиците самооценки и дефиците социальной компетенции.

Кроме среднегрупповых значений различных типов школьной тревожности рассчитали удельный вес лиц в каждой из исследуемых групп с наличием повышенных и высоких уровней различных типов школьной тревожности. В последующем на основании полученных данных определили отношение шансов формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек подросткового возраста при наличии того или иного типа школьной тревожности.

Таблица 4.4.2 – Количество лиц с повышенными и высокими уровнями различных типов школьной тревожности (в %) в исследуемых группах

Группы	Виды школьной тревожности							
	ОШК	ПСС	ФПДУ	СС	СПЗ	СНОО	НФСС	ПОУ
ОГ	52,8	35,8	26,4	62,3	71,7	58,5	1,5	56,6
ГС	0	0	0	0	0	0	0	3,4
$\chi^2$	23,3	13,5	9,2	30,2	38,7	27,3	16,5	22,5
P	<0,05							

Данные таблицы 4.4.2 свидетельствуют о том, что в ОГ по сравнению с контролем достоверно больше удельный вес лиц с наличием повышенных и высоких уровней по всем типам школьной тревожности. Наличие любого из представленных в опроснике Филлипса типа школьной

тревожности повышает риск формирования алкогольного аддиктивного поведения у данного контингента ( $p < 0,05$ ).

Среди всех типов школьной тревожности в ОГ лишь страх ситуации проверки знаний зависит от наличия отягощенного анамнеза по алкогольной зависимости у ближайших родственников. Эта характеристика представляет сложную комбинацию дефицитов первичной социализации, которые указывают на дефицит адекватных ситуации системы ценностных ориентаций и дефицит мотивации учения, при одновременном дефиците самооценки и дефиците социальной компетенции личности учащегося. Следует отметить, что низкая самооценка связана с наследственными факторами.

У субъектов ОГ проживающих в сельской местности по сравнению с лицами, проживающими в городе (соответственно,  $70,2 \pm 6,4$  и  $47,5 \pm 4,5$ ;  $p < 0,05$ ), имеются достоверно более высокие показатели по уровням страха самовыражения. Это свидетельствует о более низкой самооценке среди девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением, проживающих в сельской местности.

В ОГ субъекты, имеющие более выраженный страх несоответствовать ожиданиям окружающих отличаются более низкой успеваемостью по сравнению с лицами, имеющими среднюю успеваемость (соответственно,  $63,4 \pm 4,5$  и  $51,3 \pm 6,3$ ;  $p < 0,05$ ).

Наличие повышенных и высоких уровней всех типов школьной тревожности у лиц ОГ не зависит от типа семьи в которой они воспитывались.

Была рассчитана прогностическая модель комплексного влияния различных типов школьной тревожности на вероятность формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек подростков. В качестве статистического метода был применен метод логистической регрессии. При этом как зависимую использовали дихотомическую переменную

наличия или отсутствия алкогольного аддиктивного поведения. Независимыми переменными выступали различные типы школьной тревожности по опроснику Филлипса. Результаты статистической обработки данных определили высокую прогностическую значимость данной модели 64,6%, при такой же высокой доле влияния предикторов  $R^2=92,8\%$ . Наиболее показательными предикторами модели из различных типов школьной тревожности, повышающих риск алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются:  $x_1$ - ОШК ( $B=0,65$ );  $x_2$  – ПСС ( $B=0,2$ );  $x_3$  - ФПДУ ( $B=-0,1$ );  $x_4$  - СС ( $B=-0,49$ );  $x_5$  – СПЗ ( $B=-0,42$ );  $x_6$  - СНОО ( $B=-0,36$ );  $x_7$  - НФСС ( $B=-0,61$ );  $x_8$  - ПОУ ( $B=-0,21$ ), при значении константы 20,47.

Уравнение регрессии с учетом полученных данных выглядит следующим образом:

$$P = 1/1 + e^{-z},$$

где  $z = -0,53 \cdot x_1 - 2,6 \cdot x_2 - 0,93 \cdot x_3 + 0,87 \cdot x_4 - 0,39 \cdot x_5 - 0,07 \cdot x_6 + 0,61 \cdot x_7 + 0,25 \cdot x_8 + 24,8$ .

#### **Выводы к разделу 4.4**

1. У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением по сравнению со здоровым контролем имеются более высокие уровни всех типов школьной тревожности: общей школьной тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, низкой физиологической сопротивляемости стрессу, проблем и страхов в отношениях с учителями.

2. В профиле школьной тревожности у лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением доминирующими являются страх ситуации проверки знаний, страх несоответствия ожиданиям окружающих, переживание социального стресса.

3. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением отягощенная наследственность по алкогольной зависимости влияет на дефицит первичной социализации и низкую самооценку, а проживание в сельской местности на более выраженный страх самовыражения, свидетельствующий о более низкой самооценке.

4. Страх несоответствия ожиданиям окружающих у девочек-подростков с девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением предопределяет более низкую школьную успеваемость.

5. Модель из факторов школьной тревожности обладает высокой прогностической значимостью для формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков.

6. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности эмоционального реагирования в виде тревожных тенденций, а в особенности различных типов школьной тревожности.

#### **4.5 Типы личностных акцентуаций у девочек-подростков из Республики Беларусь с алкогольным аддиктивным поведением**

Перед началом проведения анализа полученных данных по рекомендации авторов следует проверить результаты на наличие среди исследуемых субъектов с диссимуляцией. Для этого в тесте имеются две шкалы «диссимуляция» и «откровенность». В случае, когда значения шкалы «диссимуляция» более чем на 4 балла превышают значения шкалы «откровенность», к полученным данным в тесте по другим шкалам следует

отнестись с осторожностью и желательно провести повторное тестирование.

В исследуемых группах не наблюдалось субъектов с диссимуляцией. Следовательно, полученные результаты можно включать в анализ. Стоит отметить, что в ОГ у 50% исследуемых отмечалась повышенная откровенность. В ГС субъектов с повышенной откровенностью не было. Среди лиц ОГ, отличающихся повышенной откровенностью, 60,7% имели в анамнезе отягощенную наследственность по алкогольной зависимости. По данным теста личностных акцентуаций установлены следующие результаты среднегрупповых показателей, представленные в таблице 6.

Таблица 4.5.1 – Уровни (в баллах) личностных акцентуаций в исследуемых группах

Тип акцентуации	Группы		p
	Основная	Контроль	
Гипертимный	7,0 ±0,01	7,8±0,6	-
Циклоидный	7,35±	5,3±0,48	<0,05
Лабильный	8,2±1,2	9,5±0,74	-
Астено-невротический	5,03±0,82	1,2±0,2	<0,05
Сензитивный	6,1±1,02	6,5±0,66	-
Психастенический	7,6±1,14	8,8±0,48	-
Шизоидный	4,8±0,98	4,6±0,38	-
Эпилептоидный	9,1±1,26	8,6±0,6	-
Истероидный	7,5±1,12	9,8±0,74	<0,05
Неустойчивый	6,4±1,08	7,8±0,52	-
Делинквентность	5,2 ±1,02	0,96±0,16	<0,05
Органический	3,5±0,46	2,5±0,38	<0,05
Конформность	3,35±0,5	4,46±0,52	<0,05
Эмансипация	5,48±1,1	0,96±0,1	<0,05
Мужественность	6,27±1,08	6,0±0,68	-
Женственности	6,7±1.06	3,9±0,42	<0,05

Данные представленные в таблице 4.5.1 свидетельствуют о статистически значимых более высоких показателях в ОГ по следующим типам базовых личностных акцентуаций: циклоидный, астено-невротический и дополнительным: склонность к делинквентности и алкоголизации, возможность органического типа акцентуаций, склонность к эмансипации, женственность. В ГС статистически значимые более высокие показатели по базовой личностной акцентуации истероидного тип и дополнительной акцентуации в виде конформности.

По рекомендациям автора теста при сочетании циклоидного и астено-невротического типа акцентуаций доминирующим является астено-невротический тип. Субъекты с таким типом акцентуации с детства имеют высокую чувствительность к громким звукам, яркому свету, из-за чего частые капризы, плач, плохой сон и аппетит, боязнь всего. Их быстро утомляет даже небольшое количество людей, поэтому стремятся к уединению. Доминирующие черты: повышенная утомляемость, особенно при умственной нагрузке или в условиях соревнования; раздражительность в виде аффективных вспышек по любому поводу при утомлении; склонность к ипохондрии; тревожность и мнительность; стеснительность и робость; заниженная самооценка; привыкание к укладу жизни, к вещам и тревожность по поводу ломки стереотипов. Часто отмечается: капризность и плаксивость; вялость; неуверенность в себе; застенчивость и пугливость; неспособность постоять за себя. Особенности общения и дружбы: круг друзей ограничен из-за частых капризов, раздражительности, застенчивости, отсутствия инициативы и неуверенности в себе. В отношении к учебе и работе имеются следующие особенности: из-за низкой самооценки, сомнений, чувства тревоги и страха перед возможной ошибкой не могут нормально работать на уроке, даже если хорошо знают материал; при внезапных вызовах к доске они теряются, краснеют, не могут ответить, после чего долго и мучительно переживают свой позор; из-



за повышенной истощаемости не способны к тяжелой и напряженной работе: нуждаются в периодическом отдыхе и чередовании разных видов деятельности. Трудно переносят: открытые конфликты с необходимостью отстаивать свою точку зрения; насмешки над их слабостями, ошибками, неумелыми действиями; вынужденное активное общение с большим количеством людей; необходимость быстрого переключения в работе или общении; необходимость проявить определенную силу воли; внезапное или длительное физическое и психическое напряжение.

При изучении дополнительных личностных акцентуаций следует учитывать степень выраженности этих признаков с последующим анализом номинативных переменных.

Субъектам группы сравнения присуще с детства без всякого смущения, даже охотно, демонстрировать свои таланты (декламирует стихи, поет песни, танцует) и наряды. Главное в этот момент для них — восхищение окружающих. Доминирующими чертами являются: беспредельный эгоизм; ненасытная жажда внимания, восхищения, удивления, почитания, поклонения и сочувствия окружающих; демонстративность эмоциональности при отсутствии глубоких чувств; склонность к рисовке, позерству, лживости и приукрашиванию себя; неспособность к упорному труду в сочетании с высокими притязаниями; претензии на первенство или исключительное положение в среде сверстников; высокая способность к фантазированию, вживанию в роль и к искусной игре, добиваясь своего любой ценой; умение легко и выигрышно ориентироваться в ситуациях неразберихи, сумятицы и неопределенности. Зачастую отмечают: склонность к интригам, демагогии и оппозиционности при неудовлетворенном эгоцентризме; ненадежность, лживость и лицемерие; задиристость и бесшабашность; необдуманый риск (в присутствии зрителей); хвастовство несуществующими успехами; учет только собственных желаний; явно завышенная самооценка;

обидчивость при задевании личности; склонность к острым аффективным реакциям, включая демонстрацию суицидных попыток. Особенности общения и дружбы: форма жизни — на людях и для людей; круг общения — кто явно или неявно выражает свое восхищение им, боготворит его способности и талант; прилагает немало усилий для расширения круга почитателей; избирателен в знакомствах и дружбе: это, как правило, либо очень известные люди (чтобы часть славы досталась им), либо люди в чем-то проигрывающие им (для большего контраста с их собственными способностями). Отношение к учебе и работе: учеба для них - лишь повод для общения, возможность проявить себя среди людей; основное удовольствие доставляет общение; чтобы привлекать внимание, приходится не просто учиться, а делать это лучше всех, удивлять своими способностями. Предпочитает работу вне ограничивающих рамок, чаще всего в сфере творческих профессий и занятий, где они могут быть талантливы. Провоцирующими моментами для возникновения конфликтных ситуаций выступают: вольное или невольное задевание их самолюбия; равнодушие со стороны окружающих, а тем более сознательное игнорирование его личности; критика их достижений, способностей и таланта; вынужденное одиночество или ограничение круга их общения, поклонников; невозможность проявить себя в полной мере; попадание в нелепое или смешное положение; отсутствие ярких событий и возможности проявить свои способности; вынужденное пребывание в постоянном психическом и/или физическом напряжении; удары по эгоцентризму, разоблачение его вымыслов, а тем более высмеивание.

По рекомендациям авторов теста акцентуация считается выраженной, если ее значения составляют 6 и более баллов. В связи с этим положением провели анализ частоты встречаемости различных типов акцентуаций у лиц обеих исследуемых групп. Следует обратить внимание, что у одного и того же человека могли встречаться показатели более 6

баллов по нескольким типам акцентуаций, поэтому эти значения влияют на процентные показатели у одного и того же субъекта. Для нас было важно определить наиболее значимые типы акцентуаций, которые повышали риск формирования алкогольного аддиктивного поведения у исследуемого контингента. Данные представлены в таблице 4.5.2.

Таблица 4.5.2 – Данные частоты распределения субъектов с различными типами акцентуаций и оценки их риска на формирования алкогольного аддиктивного поведения в исследуемых группах

Тип акцентуации	Группы		$\chi^2$	OR	95% CI	AUK	p
	ОГ (%)	ГС (%)					
Гипертимный	63	90	7,09	0,19	0,05-0,7	0,36	<0,05
Циклоидный	61,1	26,7	9,15	4,32	1,6-11,4	0,67	<0,05
Лабильный	68,5	96,7	9,07	0,07	0,01-0,6	0,35	<0,05
Астено-невротический	40,7	0	16,5	19,9	2,5-157,3	0,69	<0,05
Сензитивный	48,1	70	3,74	0,4	0,15-1,1	0,39	-
Психастенический	61,1	100	15,5	0,05	0,01-0,4	0,32	<0,05
Шизоидный	44,4	13,3	8,4	5,2	1,6-16,9	0,65	<0,05
Эпилептоидный	73,6	93,3	4,8	0,2	0,04-0,9	0,4	<0,05
Истероидный	68,5	96,7	9,07	0,08	0,01-0,6	0,35	<0,05
Неустойчивый	53,7	90	11,4	0,13	0,04-0,5	0,32	<0,05

Данные таблицы 4.5.2 свидетельствуют о роли циклоидной, астено-невротической и шизоидной акцентуации в качестве факторов риска на формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек подростков женского пола. Эти результаты практически согласуются с данными таблицы 2, но наряду с циклоидной и астено-невротической, определена актуальность шизоидной акцентуации. Показатели, представленные в таблице 4.5.2, можно считать более значимыми, так как

результаты получены с использованием более мощных видов статистического анализа.

Анализ распределения лиц с возможной органической природой акцентуации в группах показал, что в ОГ количество субъектов с таким типом акцентуации составило 14,8%, а в ГС таких не было ( $\chi^2=4,91$ ;  $p<0,05$ ).

По количеству лиц с хорошей конформностью ОГ и ГС не отличались (соответственно, 85,2% и 96,7%;  $p>0,05$ ).

ОГ, по сравнению с ГС, отличалась наличием преобладания количества лиц с высоким уровнем эмансипации (соответственно, 83,3% и 3,3%;  $\chi^2=4,91$ ;  $p<0,05$ ). Эмансипированность является фактором, повышающим риск склонности к алкогольному аддиктивному поведению (OR=145,03; 95% CI [17,4; 1205,6]; AUK=0,86;  $p<0,05$ ).

В ОГ, по сравнению с ГС, больше субъектов с преобладанием черт женственности (соответственно, 61,1% и 27,6%;  $\chi^2=9,2$ ;  $p<0,05$ ). В интерпретации авторов черты мужественности и женственности могут быть не идентичны биологическому полу. Наличие черт женственности можно рассматривать в качестве фактора повышающего риск склонности к алкогольному аддиктивному поведению у лиц женского пола подросткового возраста (OR=11,5; 95% CI [3,06; 43,3]; AUK=0,71;  $p<0,05$ )

#### **Выводы к разделу 4.5**

1. У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением преобладает астено-невротический и шизоидный типы личностных акцентуации.

2. Группа подростков женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имела специфичность по наличию в ней 14,8% субъектов с органической природой акцентуаций, чего не наблюдалось в группе сравнения.

3. Эмансипированность и женственность можно рассматривать в качестве факторов повышающих риск склонности к алкогольному аддиктивному поведению у лиц женского пола подросткового возраста.

4. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности личностных черт, эмоционального реагирования применительно к агрессивным тенденциям.

#### **4.6. Основные принципы лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении взрослых пациенток женского пола с алкогольной зависимостью**

Результативность терапии женщин с алкогольной зависимостью связана, прежде всего, с установлением ремиссии, увеличением ее стойкости и длительности и предупреждением развития рецидивов.

При лечении алкогольной зависимости Н.Н. Иванец выделяет три мишени терапевтического воздействия: 1) патологическая зависимость от алкоголя; 2) микросоциальное окружение больного; 3) патология со стороны внутренних органов и систем. Все это требует индивидуального и мультидисциплинарного подходов к лечению и профилактике развития рецидивов заболевания.

Факторы, вызывающие как становление ремиссий, так и возникновение рецидивов заболевания после определенного периода длительного воздержания, во многом сходны между собой, но и отличаются друг от друга. Стержневым расстройством алкогольной зависимости является ПВА (Альтшуллер В.Б., 1996). Поэтому с одной стороны, именно с актуализацией ПВА в большинстве случаев связано развитие рецидивов заболевания, с другой – для становления ремиссии

заболевания принципиальным оказывается максимально стойкое и длительное купирование ПВА. Не менее значимым обстоятельством при становлении ремиссии заболевания является сохранность критического отношения к своему заболеванию, что у большинства больных алкоголизмом нарушено – алкогольная анозогнозия. Значимым психопатологическим фактором, обуславливающим недостаточное качество и длительность ремиссии алкогольной болезни, являются изменения личности по алкогольному типу, также обуславливающие критичное отношение к алкоголизму. И, наконец, в-четвертых, те неблагоприятные обстоятельства микросоциума, которые в немалой степени способствовали приобщению пациента к злоупотреблению спиртными напитками, оказываются и обстоятельствами, провоцирующими рецидивы заболевания.

В связи с этим терапия и социально-реабилитационные программы должны быть направлены на эти основные параметры алкогольной болезни и факторы, влияющие на ее развитие.

Поскольку основные клинико-динамические характеристики алкогольной зависимости у женщин не отличаются от традиционных, описанных у мужчин, однако имеют свои особенности, то и тактика лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин должна строиться на традиционных принципах, но с учетом гендерных особенностей.

#### **4.6.1 Этапы лечебно-реабилитационной программы в отношении женщин с алкогольной зависимостью**

Основные принципы терапевтической тактики в отношении больных с алкогольной зависимостью были изложены в работах многих отечественных авторов (Колотилин Г.Ф., 1974; Коломиец В.Ф.,

1975;Кенджаев Ш., 1985; .Агарков А.П., 1989; Гасанов Г.Х., 1993). В обобщенном виде их можно представить следующим образом.

Принцип наиболее раннего оказания помощи.

Принцип индивидуализированной терапии подразумевает учёт всех показаний и противопоказаний к использованию того или иного лекарственного препарата. Необходимо четко оценить особенности психического и соматоневрологического статуса пациента в клинικο-динамическом аспекте в соответствии с этим проводить терапию.

Принцип динамической коррекции психического и физического статуса подразумевает необходимость мониторинга состояния больного, своевременную коррекцию врачебных назначений при безуспешных попытках купирования имеющихся психических и соматоневрологических расстройств.

Принцип использования оптимальных доз, ритма и путей введения препаратов. В зависимости от особенностей психического и соматоневрологического состояния, а также от фармакокинетики используемого лекарственного средства возможно равномерное дробление суточной дозы препаратов в течение суток или болюсное или одномоментное введение достаточно высокой его дозы. Оптимальным путём введения седативных препаратов для быстрого купирования психомоторного возбуждения является внутривенный. При этом скорость введения препаратов строго регламентирована. Для минимизации риска угнетения спонтанного дыхания и гемодинамики психотропные препараты вводят внутримышечно. Ряд лекарственных препаратов вводится исключительно внутримышечно.

Принцип комбинированного использования психотропных препаратов. Сочетанное применение лекарственных препаратов различных групп позволяет значительно уменьшить их суммарные дозы,

избежать, таким образом, развития побочных эффектов отдельных препаратов.

Лечение алкогольной зависимости проводилось в соответствии с традиционными тремя этапами лечебно-реабилитационных мероприятий лицам с алкогольной зависимостью (Иванец Н.Н., 1999):

1. этап - интенсивная (детоксикационная антиабстинентная ) терапия;
2. этап - коррекция постабстинентных нарушений и резидуальных психических расстройств;
3. этап - личностно-реконструктивная и вторичная противорецидивная терапия.

На 1 этапе основными задачами терапии были наиболее быстрое выведение токсинов из организма, купирование имеющейся психопатологической симптоматики, психомоторного возбуждения, предупреждение развития тяжелых соматоневрологических осложнений, поддержание жизненно важных функций (дыхания, кровообращения, диуреза).

Основными задачами 2 этапа было купирование постабстинентных нарушений и резидуальных психических расстройств с применением современных транквилизирующих, психотропных средств и средств ноотропного действия.

В задачи 3 этапа входило применение различных психотерапевтических приемов, проведение противорецидивной терапии (транквилизаторов, антидепрессантов, антиконвульсантов) в зависимости от клинической картины алкогольной зависимости в отдаленном периоде противорецидивного лечения.

Для достижения этих задач использовались следующие виды терапии:

- детоксикационная;
- применение психотропных препаратов;



- лечение сенсibiliзирующими средствами;
- психотерапия:
  - а) индивидуальная психотерапия;
  - б) групповая психотерапия;
  - в) эмоционально-стрессовая психотерапия;
  - г) семейная психотерапия;
- физиотерапевтическое лечение;
- социально-реабилитационные мероприятия.

#### **4.6.2 Детоксикация и лечение алкогольного абстинентного синдрома**

Алкогольная зависимость редко проявляется собственно токсическими нарушениями с грубыми метаболическими сдвигами. Острая депривация алкоголя, в первую очередь, влечет за собой нарушения обмена нейромедиаторов, в частности метаболизма катехоламинов (Иванец Н.Н., 1999; Иванец Н.Н., Анохина И.П., 1999; Gold M.S., 1993). Терапия с учетом данной особенности является биологически ориентированным воздействием.

При лечении ААС в задачу входило купирование ПВА, аффективных, поведенческих и соматовегетативных нарушений. Это достигалось путем сочетанного применения средств, устраняющих дисбаланс в основных медиаторных системах: дофаминовой, катехоламиновой, опиоидной. Терапевтическая тактика была гибкой и определялась клинической динамикой имеющейся соматопсихической патологии.

С первого дня терапии применялась базовая комбинация из вегетостабилизаторов, нейролептиков, снотворных средств. С первого дня медикаментозного лечения назначались ноотропные препараты.

Выраженные соматические расстройства, сопровождающиеся, в частности, гипербилирубинемией, служили показанием к дезинтоксикационной терапии.

Проводилась инфузионно-дезинтоксикационная терапия в течение 2-3 дней. Применялась массивная инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов, а также растворов глюкозы с коррекцией электролитного состава крови и кислотно-щелочного равновесия. Инфузионная терапия (из расчета 40-50 мл/кг) осуществлялась с применением концентрированных глюкозокалиевых растворов с инсулином (1 ЕД. на 4 г глюкозы). Дополнительно внутривенно капельно применялся раствор рибоксина 20-30 мл, 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. В качестве средств неспецифической дезинтоксикационной терапии использовался гемодез внутривенно капельно по 400 мл через день.

При резком снижении аппетита с целью энергообеспечения применялся концентрированный раствор глюкозы (20-40%) с адекватной дозой инсулина в сочетании с панангином (10-20 мл).

С целью усиления неспецифической дезинтоксикации инфузионная терапия проводилась с применением 5% раствора альбумина, аминокислотных смесей (гепастерил 500-1000 мл/сут.).

С первого дня назначались ноотропные препараты. В остром периоде назначался аминалон (1,0 – 1,25 г. за 2 приема на 3 недели).

Для купирования тревоги, нарушений сна назначался реланиум (диазепам) 0,5%-6мл. в сутки в течение 3-х дней, затем 0,02-0,04 г. раствора в/м, реладорм (диазепам 0,01+ циклобарбитал 0,1) 1-3 таблетки н/н и грандаксин внутрь по 0,05—0,1 г 1—3 раза в день.

В зависимости от особенностей психопатологического компонента ААС использовались нейрорептики: азалептин от 0,025 до 0,075 г в сутки; неулептил 0,01-0,04 г в сутки; этаперазин в дозе от 0,004 до 0,02г в сутки;

эглонил 0,1-0,6г в сутки; тизерцин 0,025-0,1г в сутки; сонапакс 0,03-0,05 в сутки.

Применение нейролептиков обусловлено их влиянием прежде всего на дофаминергические, адренергические системы (Белоусов Ю.Б., 1997). Использование нейролептических средств в комплексной терапии больных ААС обычно обосновывается их эффективным купирующим влиянием на тревожно-депрессивных расстройств, реакций по истерическому и эмоционально-неустойчивому типам, на ПВА.

При наличии в структуре синдрома отмены тревоги, подавленного настроения назначался хлорпротиксен 0,045-0,06 г/сут. за три приема.

При нарастании раздражительности, конфликтности, психомоторного возбуждения назначался тиоридазин (сонапакс, меллерил) от 0,075 до 0,175 г. в сутки за три приема.

Для купирования психопатоподобной симптоматики применялось сочетание нейролептиков и антиконвульсантов.

Уже на этом этапе терапии для коррекции аффективного компонента ПВА назначались антидепрессоры: амитриптилин от 0,025 до 0,15г в сутки; герфонал 0,15-0,25г в сутки; мелипрамин от 0,025 до 0,2г в сутки; пиразидол от 0,05 до 0,15г в сутки; анафранил 0,02-0,05г в сутки.

При использовании данной схемы лечения заметный клинический эффект наблюдался уже на 2 - 3-й день лечения: уменьшалась выраженность астено-вегетативных нарушений, отмечалось снижение интенсивности тревоги, раздражительности, дисфоричности, наступало улучшение сна.

В рамках общеукрепляющей терапии проводилась витаминотерапия: инъекции витаминов: В1, В6 – по 2мл 5% раствора через день, В12-по 400мкг в сутки, альфа-токоферол (вит Е) 0,5 г в сутки, аевит 4-6 капсул в сутки, аскорутин 3-5 таблеток в сутки, липоевая кислота 0,5г в сутки.

При приеме хлорпротиксена и грандаксина у больных наблюдалось уменьшение тревоги, раздражительности без эмоциональной заторможенности, вялости, пассивности и других побочных эффектов от приема нейролептиков и транквилизаторов.

На фоне приема транквилизаторов уже со 2-го дня терапии увеличивалась продолжительность и глубина сна. На 5-й день терапии только у 8% больных отмечались нарушения сна. Полная редукция расстройств сна отмечалась к 9-му дню терапии.

Как правило, к 3-ему дню лечения вегетативные расстройства уменьшались у 68% больных, в последующие дни сохранялась тенденция к их сглаживанию. При адекватно подобранных дозах к 3-у дню ААС в соматоневрологическом статусе заметно снижалась выраженность вегетативных расстройств (68%), агрипния (84 %), раздражительность (82%).

На 5-е сутки терапии у 18% больных сохранялись умеренно выраженные вегетативные нарушения в виде гипергидроза, лабильности артериального давления, кожных и зрачковых реакций. В неврологическом статусе сохранялось расширение зрачков с замедленной их реакцией на свет, повышение сухожильных рефлексов, сохранялась умеренная выраженность эпигастральных расстройств, при полном купировании диспептических.

Достаточно стойкими оставались аффективные нарушения в виде пониженного настроения, тоскливости, апатии и адинамии, выступающие сопряжено с астенией. В высказываниях больных прослеживалась ипохондрическая фиксация, тревожные опасения по поводу своей будущности, фобические реакции, суицидальные мысли. Поведение характеризовалось истерическими расстройствами с выраженными агравационными тенденциями. Это расценивалось как проявления

актуализации ПВА на этапе постабстинентных расстройств при формировании неустойчивой ремиссии.

У больных III стадией алкогольной зависимости (18,42%) с наличием в структуре ААС психических расстройств в виде астено-депрессивных и тревожных явлений (третья степень тяжести) назначались следующие средства:

1. детоксикация: физиологический раствор 400,0мл; трисоль 400,0мл; 5% раствор глюкозы 400,0 мл; панангин 10-20мл внутривенно; полиглюкин 400,0мл внутривенно капельно; гемодез 400,0мл внутривенно капельно. Соотношение вводимых растворов электролитов: растворов сахаров: плазмозамещающих / дезинтоксикационных растворов = 2:2:1. Общее количество введенной жидкости не превышало 1-1,5литров в сутки;
2. аналептики и психостимуляторы – кордиамин 25% - 1,0 подкожно; сульфокамфокаин 10%-2,0 внутримышечно;
3. сердечные гликозиды – строфантин 0,05% 1-2мл в сутки; коргликон 0,06% 1-2мл в сутки;
4. витамины – витамин В1 6% 4 мл внутримышечно; витамин В6 5% 4 мл внутримышечно; витамин С 5% 5мл внутривенно с 40% раствором глюкозы 20мл;
5. ноотропы – пирацетам 5мл 20% раствора внутримышечно;
6. дегидратационная терапия – эуфиллин 2,4% раствор 5мл внутривенно; магния сульфат 25% 5 мл внутривенно; дибазол 1% 2-6мл внутримышечно; трентал 2% 5мл внутривенно;
7. транквилизаторы – диазепам 0,5% 2мл внутримышечно; тазепам от 0,01 до 0,03г в сутки; феназепам от 0,001 до 0,003г в сутки; корвалол 25-30 капель 3 раза в сутки;
8. антиконвульсанты – финлепсин от 0,2 до 0,6г в сутки; конвульсофин 0,9-1,2г в сутки; карбомазепин 0,2-0,6г в сутки;

9. нейролептики – эглонил от 0,2 до 0,6г в сутки.

Следует подчеркнуть, что во время терапии больных с ААС и постабстинентными расстройствами осуществлялись психотерапевтические методы воздействия, направленные на формирование и закрепление установки на дальнейшее лечение. Для этого использовалась эмоционально-стрессовая психотерапия или аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, а также элементы семейной психотерапии. При проведении психотерапевтических мероприятий по данным методики прогрессивных матриц Равенна учитывалась степень интеллектуально-мнестического снижения личности.

#### **4.6.3 Лечение постабстинентных и резидуальных психических расстройств**

Первые 2-3 месяца после начала лечения адаптация пациенток к внебольничным условиям происходила крайне тяжело. Пациенткам необходимо было фактически вновь трудоустроиться, реабилитироваться в микросоциальной среде, в семье. Социальная реабилитация на этапах становления неустойчивой ремиссии усложнялась за счет сохраняющихся астенических расстройств и обострения имеющихся хронических соматических заболеваний. Динамические параметры ПВА отличались крайней неустойчивостью и лабильностью, когда под влиянием значимых внешних факторов, субъективно как положительно так и отрицательно окрашенных, ПВА легко актуализировалось. Актуализация ПВА коррелировала или даже была патогенетически связана с аффективными колебаниями, эмоционально-волевой лабильностью, изменениями общего самочувствия и обострением патохарактерологических качеств личности. Даже если выраженность этих резидуальных психических расстройств была на субклиническом уровне, и они серьезно не отражались на образе

жизни испытуемых и их работоспособности, связанная с ними актуализация ПВА оказывалась серьезным условием для развития рецидива заболевания.

Все это определяло необходимость продолжительной противорецидивной терапии с внебольничным амбулаторным наблюдением и лечением, направленным на предотвращение рецидива заболевания.

Лечение постабстинентных и резидуальных психических расстройств осуществлялось с применением комплекса всех терапевтических средств. Так как специфического влияния применяемая терапия не обладала, то отдельное воздействие на постабстинентные нарушения и резидуальное психотическое расстройство установить было сложно. В тоже время, исходя из практики наркологии, для лечения резидуальных психотических расстройств применялись методы так называемой патогенетической терапии с использованием различных антидепрессантов и антиконвульсантов. Для воздействия на реактивность организма проводилась активная иммунотерапия, описанная ниже.

После терапевтической редукции абстинентных расстройств в клинической картине преобладали: высокий уровень тревожности, повышенная раздражительность, аффективные расстройства (дисфорические состояния), патологическое влечение к алкоголю. Наряду с этим сохранялись соматоневрологические расстройства: утомляемость, общая астенизация, вегетативная лабильность, гипергидроз, эпигастральный симптомокомплекс, чувство мышечной слабости и субъективного неудобства. При неврологическом обследовании наблюдался: блеск глаз и расширение зрачков. Сохранялось снижение глубины и продолжительности сна. Поскольку исследование гормонального профиля выявляло наличие психоэндокринного синдрома, применяемые психотропные средства назначались короткими курсами и

постоянной сменой препаратов для предупреждения привыкания к ним. При проведении психотерапии учитывались установленные методиками СМИЛ, Шмишека, Баса-Дарки патохарактерологические акцентуации различного типа, уровень интеллектуального снижения (по матрицам Равена). Поддерживающая терапия проводилась 5 лет.

По мере купирования абстинентных расстройств доза финлепсина снижалась, и далее назначалось от 0,2 до 0,8 г. в сутки до конца курса лечения. На данном этапе терапии применялись антидепрессанты и нейролептики для купирования аффективных расстройств и нарушений сна.

В последние годы в качестве средств патогенетической терапии используются различные антидепрессанты и антиконвульсанты, поскольку их применение способствовало уменьшению купированию ПВА и связанных с ним аффективных, эмоционально-волевых, нейровегетативных и поведенческих нарушений. Из антидепрессантов предпочтение отдавалось серотонинергическому антидепрессанту коаксилу (0,025-0,05 г/сутки на 3 приема) и пароксетину (20-30 мг/сут.) на курс терапии от 30-и до 45-и дней. Наряду с этим назначались пиразидол от 0,05 до 0,15г в сутки, мелипрамин от 0,05 до 0,2г в сутки. Использовался также амитриптилин (50-75мг в сутки) в сочетании с транквилизаторами бензодиазепинового ряда (феназепам 0,001 мг 3 раза в день) на курс от 15 до 30-и дней.

Для подавления ПВА, купирования аффективных расстройств, коррекции поведения применялись «малые» нейролептики (сонапакс, хлорпротексен), трициклические антидепрессанты (амитриптилин). Сонапакс назначался в дозе 75-100 мг/сут., хлорпротексен до 0,15 г/сут. Для коррекции поведенческих расстройств применялся неулептил (перициазин) -30 мг в сутки. Амитриптилин назначался в дозе 0,025-0,075 г/сут., коаксил 12,5 мг за три приема.



При наличии на этапе постабстинентных расстройств депрессии с тревожностью, апатией и адинамией, выраженного астенического симптомокомплекса с вегетативными расстройствами эффективным являлось применение эглонила (сульпирида) -400-600 мг/сут за три приема. Как известно, нейролептический эффект эглонила объясняется тем, что он является селективным антагонистом дофаминовых рецепторов. Клинически сульпирид характеризуется как препарат с «регулирующим» действием на ЦНС, у которого умеренная нейролептическая активность сочетается с антидепрессивными и стимулирующими свойствами. Применялась комбинация антидепрессантов с сонапаксом (75-100 мг/сут). Оказывает антидепрессивное действие со стимулирующим и активирующим эффектом.

На этапе купирования постабстинентных расстройств использование «больших» нейролептиков не рекомендуется из-за риска быстрого возникновения нежелательных побочных эффектов в соматической и неврологической сфере. Однако при наличии в клинической картине постабстинентного синдрома эмоционально-волевых расстройств стенического типа (42% - дисфория, конфликтность, раздражительность, брутальность аффекта) «большим» нейролептики являлись препаратами выбора - азалептин до 0,05 г/сутки, тизерцин до 0,075 г/сутки, неулептил 0,03-0,04 г/сутки.

С целью купирования соматовегетативных расстройств применялись средства коррекции гомеостаза: препарат, улучшающий микроциркуляцию и снижающие чувствительность клеток к гипоксии: альфа-адреноблокатор пирроксан в дозах 0,015 мг, по 2 таблетки на 4-и приема, анаприлин (обзидан) 40 мг, в сутки. Являясь в-адреноблокатором, препарат ослабляет влияние симпатической патологической импульсации на в-адренорецепторы, блокирует эффект катехоламинов.

Агрипнические расстройства купировались назначением транквилизаторов в вечернее время суток (феназепам 1-2 мг/сут, реланиум 10-20 мг/сут), при необходимости в сочетании с хлорпротиксеном в дозе 50 мг. на ночь. При стойких нарушениях сна назначался тизерцина (25-50 мг на ночь), либо азалептина (50 – 100 мг на ночь), кратковременными курсами на 3-5 дней. Хороший эффект достигался при использовании сочетания в/м введения амитриптилина 2,0 (0,02 г.) и реланиума 2,0 (0,01г.).

Для снятия купирования вегетативных расстройств использовался грандаксин (тофизопам) 150-200 мг/сут., пирроксан(0,09-0,135г/сут.) как препараты, обладающие вегетостабилизирующим действием (суточная доза – 150-200 мг.).

Учитывая выраженность астенического симптомокомплекса назначались мягкие стимуляторы и ноотропные средства. Назначался энцефабол 0,4 г в сутки за 2 приема, пикамилон 0,15 г. в сутки за 2 прием, фенибут 0,5г (2 таб.) 2-3 раза в день. Хороший эффект достигался назначением церебролизина (5-10 мл., в сутки на курс до 4-х недель) – нейропептид, влияющий на тканевой обмен, осуществляющий энергетическое обеспечение головного мозга. Осуществляет нейромедиаторную функцию, стимулирует передачу возбуждения в синапсах ЦНС, способствует синтезу ацетилхолина и аденозинтрифосфорной кислоты, переносу ионов калия. С этой же целью применялся пантогам 0,5 (2таб.) 2-3 раза в день, церебролизин -5-10 мл. в сут.

Для воздействия на реактивность организма проводилась активная неспецифическая иммунотерапия. Назначались препараты тимуса (тималин), Т-активин, индукторы интерферонов (реаферон, интрон А). Тималин – комплекс полепептидных фракций, выделенных из вилочковой железы (тимуса), стимулирует иммунологическую реактивность организма

(регулирует количество Т - и В - лимфоцитов, стимулирует реакцию клеточного иммунитета, процессы регенерации). Тималин назначался в/м по 20 мг. Ежедневно в течение 10 дней (300мг. на курс терапии). Т-активин назначался в/м по 1 мл – 100мкг ежедневно в течение 7 дней, с повторным курсом терапии через 7 дней. Проводилась оксигенотерапия.

В рамках общеукрепляющей терапии продолжалась витаминотерапия: инъекции витаминов: альфа-токоферол (вит Е) 0,5 г в сутки, аевит 4-6 капсул в сутки, аскорутин 3-5 таблеток в сутки, липоевая кислота 0,5г в сутки.

Назначались гепатопротекторы (гепатофальк планта, гепалив), а также эссенциале по 5 мл парентерально в течение 10-и дней.

Данная схема терапии позволила достаточно эффективно купировать аффективные и поведенческие расстройства, нарушения сна. На фоне приема нейролептиков, их сочетание с антидепрессантами и транквилизаторами, позволило достичь положительной терапевтической динамики аффективных и поведенческих расстройств к 20-25 дню терапии. Раздражительность и конфликтное поведение на 15 день терапии отмечено лишь у 14% обследованных, дисфорические реакции - у 8%, тревожно ипохондрические расстройства сохранялись у 20%, дистимии – у 18%, эмоциональной лабильности – 35%. Полная редукция этих расстройств отмечалась к 25 дню терапии.

К 20 дню состояние больных значительно улучшилось: нормализовался сон, исчезли проявления депрессии, с сохранением тревожно-ипохондрической фиксации лишь у 28% пациентов.

Лечение сенсibiliзирующими средствами. Применялось лечение тетурамом в тех случаях, где имелась установка на выздоровление. При этом учитывался возраст, давность заболевания, стадия алкогольной зависимости, безуспешность всех предшествовавших методов лечения, отсутствие соматических заболеваний, наличие установки пациентки и ее

родственников на применение данного курса лечения. Лечение проводилось комплексно с психотерапевтическим воздействием и симптоматической, общеукрепляющей, активной противоалкогольной терапией. Окончательный результат заключался в подавлении ПВА и выработке отвращения к спиртным напиткам и непереносимости их. Тетурамотерапия проводилась 38 больным, от которых было получено письменное согласие на данный метод лечения. Рекомендовалось принимать тетурам в таблетках не менее 0,25-0,5г в сутки в течение 7-10 дней. Алкоголь-тетурамовые пробы не проводились, т.к. во время алкоголь-антабусных реакций у женщин развиваются глубокие астенические состояния и соматические осложнения. Однако этот метод совместно с психотерапевтическим воздействием способствовал положительному влиянию на формирование ремиссии.

При наличии осложнений со стороны соматической сферы и у пожилых пациенток применялся метронидазол по 0,5-0,75г три раза в день (14%).

#### **4.6.4 Лечение алкогольных психозов у женщин**

Все больные с алкогольными психозами (56 пациенток) получали базовую терапию согласно традиционным схемам:

- инфузионная терапия (40-50 мл/кг под контролем),
- транквилизаторы - диазепам (до 80 мг в сутки),
- ноотропы: пирацетам (20% раствор 20 мл в/в с 40% раствором глюкозы – 10 мл), пиридитол (0,2 – 0,8 г в сутки), пантогам (1,5 – 3,0 г в сутки), фенибут (0,75 – 1,0 г в сутки),
- витаминотерапия: инъекции витаминов: В1, В6 – по 2.0мл 5%-го раствора (чередовались через день), В12 – по 400мкг в сутки.

Для проведения детоксикации, для стимуляции общего обмена веществ и нормализации работы центральной нервной системы назначались инъекции витаминов: В-1, В-6 – по 2,0 мл 5%-го раствора (чередовались через день), В-12 – по 400мкг в сутки.

Для купирования имеющихся в структуре алкогольного делирия или развивающихся в процессе его терапии соматических расстройств назначались соответствующие лекарственные средства:

- но-шпа – для понижения тонуса и уменьшения сократительной деятельности гладких мышц, оказывала сосудорасширяющее и спазмолитическое действие, назначалась по 2-4 мл 2%-го раствора внутримышечно;

- церукал – специфический блокатор дофаминовых и серотониновых рецепторов, оказывает противорвотное действие, а также усиливает тонус и двигательную активность органов пищеварения, не меняя секрецию желудка, назначался по 2 мл (10 мг) внутримышечно;

- гастрал – обладает антацидным, адсорбирующим и обволакивающим свойствами, уменьшает возможность запора, назначался по 1-2 таблетки.

В связи с наличием психомоторного возбуждения при купировании острого алкогольного психоза прежде всего используются препараты, обладающие выраженным седативным действием. (Стрелец Н.В., 2002). Средствами выбора для купирования психомоторного возбуждения у больных алкогольными психозами являются транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Это обусловлено высокой эффективностью бензодиазепинов в купировании вегетативной симптоматики в структуре состояния отмены, существенно менее выраженным негативным воздействием на функционирование сердечно-сосудистой системы по сравнению с большинством нейролептиков. Наиболее часто используемым препаратом в этих случаях является диазепам.

Последние годы считается, что в комплексной терапии больных алкогольными психозами необходимо включать нейролептики. Применение нейролептиков обусловлено их влиянием прежде всего на дофаминергические, адренергические системы (Белоусов Ю.Б., 1997). Использование нейролептических средств в комплексной терапии больных алкогольными психозами обычно обосновывается высокой частотой их атипичных форм (сочетание клинических признаков алкогольного делирия, параноида, и галлюциноза) и возможностью трансформации одного острого алкогольного психоза в другой (например, алкогольного делирия в алкогольный параноид или галлюциноз, течение которых может принимать хронический характер). Наиболее часто используемым нейролептиком в комплексном лечении больных алкогольным психозом в настоящее время является сенорм (галоперидол). Это связано с его относительно незначительным влиянием на судорожный порог, функцию миокарда и дыхания. Галоперидол наиболее эффективен в сочетании с бензодиазепинами, которые нивелируют его побочные действия.

Был проведен анализ лечения алкогольных психозов (алкогольный делирий и алкогольный галлюциноз) сенормом в сочетании с транквилизатором диазепам у 32 больных. В качестве контрольной группы использовались 19 больных, лечившихся только сенормом. 5 пациенток принимали лечение одновременно сенормом, диазепамом, феназепамом и другими транквилизаторами. Применение диазепама, также как и других транквилизирующих средств, сопровождалось дезинтоксикационной терапией и введением сердечно-сосудистых препаратов.

Сенорм назначался внутримышечно по 1–2 мл 0,5% раствора в первые часы после поступления в стационар с внутривенным капельным введением дезинтоксикационных средств и транквилизирующих препаратов. Чаще всего применялся 0,9% раствор хлористого натрия 400

мл с добавлением 1% раствора пиридоксина 2 мл, 5% раствора аскорбиновой кислоты 2–4 мл, 0,5% раствора диазепама 4 мл. После капельного введения назначался лазикс или фуросемид 2 мл внутримышечно однократно. На курс лечения применялось 2–4 внутривенных капельных вливания данного состава в зависимости от психического состояния пациенток. После прекращения внутривенного вливания в случае необходимости пациентки получали лечение диазепамом внутримышечно 0,5% раствора 2–4 мл или внутрь по 5–10 мг на ночь. Проводилась витаминотерапия (1% раствор пиридоксина 2 мл чередовался с внутримышечным введением 6% раствора тиамина бромидом по 5–10 инъекций на курс лечения) и др.

Вторая группа испытуемых получала лечение только сенормом. Терапия обычно проводилась в дозах не более 5–10 мг внутривенно вместе с 5% раствором глюкозы или физиологического раствора или внутримышечно. Курс лечения проводился до исчезновения психотических расстройств с постепенным переводом на прием таблетированного препарата. Дезинтоксикационная терапия осуществлялась аналогично предыдущей группы пациенток.

Проведенные исследования позволили сделать вывод о достаточной эффективности комплексного лечения препаратом сенорм с препаратом диазепам острого алкогольного галлюциноза и делирия. В процессе терапии не отмечалось осложнений в виде вегетативных расстройств, коллаптоидных состояний, а также со стороны соматической сферы. При терапии данными препаратами сокращается длительность психотического приступа. Наступала редукция психопатологических расстройств, входящих в структуру алкогольного психоза. Все это позволяло сократить сроки лечения пациенток до  $7,26 \pm 0,47$  койко-дней, в то время как при лечении сенормом с дезинтоксикационной терапией длительность стационарного лечения составила  $8,42 \pm 0,47$  койко-дня.

В соответствии с представленной схемой лечение сенормом в сочетании с диазепамом оказалось более эффективным, чем лечение только сенормом. Так, уже с первого дня комплексного лечения сенормом в сочетании с диазепамом установлено относительно быстрое редуцирование делириозных и галлюцинаторных расстройств. Терапия одним сенормом также давала положительный эффект, однако несколько медленнее, что сказывалось на длительности пребывания пациенток в стационаре.

Приведенные данные позволяют говорить о том, что развитие алкогольных психозов являлось признаком декомпенсации биорегулирующей системы организма, его гомеостатических функций под влиянием хронического стресса, который наблюдался у испытуемых пациенток. В данном случае психосоматическая патология, развившаяся по типу реакций Бонгоффера, проявлялась в развитии психоэндокринного синдрома с характерной делириозной и галлюцинаторной симптоматикой, развитием соматовегетативных нарушений, что нашло свое отражение в результатах гормонального спектра исследованных пациенток и вызванной биоэлектрической активности мозга.

#### **4.6.5 Методы и способы психотерапевтической коррекции**

Основной целью психотерапии являлось достижение полного воздержания от употребления спиртного (целевое предназначение) и восстановление социального статуса больного. В задачи психотерапии входило:

- 1) формирование внутренней мотивации на лечение;
- 2) формирование установки на отказ от употребления алкоголя;
- 3) коррекция личностных и поведенческих расстройств;



4) восстановление эмоциональной адекватности и навыков дифференцирования эмоций;

5) развитие умений продуктивного решения личных и социальных задач;

6) формирование целенаправленной нормативной личности (Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др., 2004).

Уже на этапе соматопсихической коррекции и первичной противорецидивной терапии начиналась психотерапевтическая коррекция, задачей которой было формирование у больной мотивации на лечение и максимально комфортное для нее включение в реабилитационную группу. С этой целью применялась индивидуальная рациональная психотерапия.

При проведении индивидуальной рациональной психотерапии учитывались личностные особенности больных, установленные психологическими тестами и клиническими проявлениями. С лицами эмоционально-неустойчивыми (возбудимыми) применялась тактика переменных уступок и соглашений, с больными неустойчивого типа использовался авторитарный тип отношений. У лиц астенического типа в первую очередь формировалась вера в свои силы и уверенность в их поддержке окружающими.

Основными показателями успешности психотерапевтического вмешательства на этом этапе было:

1) появление хотя бы даже частичного осознания наличия алкогольных проблем;

2) появление хотя бы даже частичного критического отношения к заболеванию в целом;

3) согласие хотя бы только на вербальном уровне на отказ от употребления спиртного.

На этапе личностно-реконструктивной и вторичной противорецидивной терапии в задачи психотерапии входило:

- 1) формирование осознания больными наличия у них признаков алкогольной зависимости;
- 2) появление критического отношения к заболеванию в целом;
- 3) формирование установок на трезвость;
- 4) обучение больных способам преодоления патологического влечения к алкоголю и противодействию попыткам окружающих вовлечь их в употребление спиртного.

Из всех методов психотерапии отбирались те, использование которых позволяет корректировать психические и поведенческие расстройства, связанные со злоупотреблением алкоголем.

На этом этапе лечения применялось несколько методов психотерапии: индивидуальная психотерапия, групповая, эмоционально-стрессовая и семейная психотерапия (89,33% случаев).

Основные эффекты, которых добивались при психотерапии были:

- 1) вербализация негативного опыта и десентизация;
- 2) коррекция осознания «Я»;
- 3) преодоление психологических защит.

Вербализация негативного опыта осуществлялась в рамках так называемого самораскрытия пациента. Лучшие эффекты такого типа достигались при групповой психотерапии, поскольку наличие близкой по духу и проблемам аудитория позволяла вербализовать имеющиеся переживания, рассказать о накопившихся за предшествующие годы проблемах. В отличие от мужчин, женщинам было трудно произносить рефрен «Я алкоголик», поэтому в женской аудитории от этого отказались.

Десентизация, под которой понимается угашение субъективно негативных эмоций, связанных с негативным опытом, положительными эмоциями, формирование которых происходит под влиянием сочувствующей и понимающей аудитории. При этом рефрен «Я алкоголик» заменялся объективизацией общих проблем.

Сохранение адекватного самоуважения к себе способствует сохранности социальной компетентности пациентки, преодолению дезадаптивных устремлений в межличностных отношениях. Нормализация психического статуса должна проходить на фоне сохранения морально-этических ценностей и выработки адекватного отношения к сложившейся объективной ситуации с последующей коррекцией в сторону самостоятельного достижения трезвости. Реализацию подобных моментов целесообразно связывать с нормализацией соматического статуса, нарушенного длительной алкоголизацией.

Поскольку нарушение самосознания в совокупности с другими психологическими феноменами, поддерживает зависимость от алкоголя, именно коррекция самосознания являлась одной из мишеней психотерапии. Одним из основных симптомов алкогольной зависимости и у женщин в том числе является анозогнозия. Преодоление данного симптома является важным признаком в рационализации больными мотивов злоупотребления алкоголем, оправдание злоупотребления алкоголем различными причинами.

Под психологической защитой в интегративной психологии понимается реакция на фрустрацию, сопровождающаяся интрапсихическим конфликтом. Наиболее эффективно она преодолевается при групповых методах воздействия. Выделяется несколько форм психологической защиты – грубо деструктивная, умеренно деструктивная, конструктивная. Типичным вариантом деструктивной психологической защиты является отрицание, когда больной отказывается от обсуждения проблем под предлогом ее отсутствия. При умеренно деструктивной защите наблюдается рационализация, когда создается система объяснений, оправдывающих поведение, связанное со злоупотреблением ПАВ. Конструктивный характер защиты проявляется в форме компенсации или сублимации,

когда – адекватно оцениваются проблемы прошлого, больные пытаются компенсировать прошлые проблемы социально одобряемым поведением в любых формах.

При эффективном психотерапевтическом воздействии наблюдается последовательная трансформация первой формы во вторую и затем – в третью.

Эти положения в данном исследовании были положены в основу дифференциации больных в психотерапевтические группы.

В основе выбора метода используемой психотерапии лежало изучение уровня внушаемости пациентов и связанная с внушаемостью их психотерапевтическая резистентность. Внушаемость пациенток определялась с использованием метода Тоулби, названным методом определения психотерапевтической резистентности.

Для верификации метода Тоулби применительно к задачам данного исследования и к задачам данной главы он был применен у 100 женщин основной группы и 60 мужчин с алкогольной зависимостью. Контрольную группу составили 60 женщин и 12 мужчин без алкогольной зависимости.

Для определения эффективности больного к психотерапевтическому воздействию определялись следующие критерии Тоулби:

- третья шкала больше седьмой;
- третья шкала больше восьмой;
- четвертая шкала больше шестой;
- четвертая шкала больше седьмой;
- девятая шкала больше шестой;
- девятая шкала больше седьмой;
- девятая шкала больше восьмой.

Каждый из указанных критериев добавлял 1 балл к величине психотерапевтической резистентности.

Индекс Тоулби у женщин с алкогольной зависимостью составил  $2,87 \pm 0,14$  балла, в то время в женской группе контроля –  $3,72 \pm 0,18$  балла ( $p < 0,05$ ). Аналогичная динамика наблюдалась и у мужчин:  $2,20 \pm 0,18$  балла у лиц с алкогольной зависимостью и  $3,33 \pm 0,15$  балла в контрольных исследованиях ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, индекс Тоулби (индекс психотерапевтической резистентности) у всех больных с алкогольной зависимостью (и у женщин и у мужчин) был достоверно ниже аналогичных контрольных данных, что свидетельствует о повышенной внушаемости лиц с алкогольной зависимостью и соответственно большей их подверженности эффективному психотерапевтическому воздействию.

Полученные данные по индексу Тоулби показали, что вопреки сложившемуся мнению психотерапевтическая резистентность оказалась значительно больше у женщин, как у здоровых, так и страдающих алкогольной зависимостью, по сравнению с усредненными аналогичными данными, полученными у мужчин с алкогольной зависимостью и без нее. (таблица 4.6).

У женщин наиболее низкие показатели по индексу Тоулби (как свидетельство повышенной внушаемости) выявлены у лиц III ( $2,83 \pm 0,12$  балла) и II подгрупп ( $2,77 \pm 0,15$  балла) ( $p < 0,05$ ). Индекс Тоулби у лиц I подгруппы ( $3,03 \pm 0,13$  балла) приближался к контрольным данным.

Наряду с уровнем терапевтической резистентности при выборе методов психотерапевтического воздействия учитывались и индивидуально-личностные особенности, которые отличались у больных тематических подгрупп.

При психологическом обследовании у пациенток I подгруппы были установлены признаки зависимости от моментальных побуждений и внешних влияний, склонность к риску, нетерпеливость, высокий уровень притязаний, зависимость взглядов и установок от социального окружения,

при высоком интеллекте, высоком уровне реактивной и личностной тревожности и относительно низком уровне общей агрессии, миролюбии и относительно высокой психотерапевтической резистентности.

При психологическом обследовании у пациенток II подгруппы также были установлены признаки увеличения показателей по 4 шкале (импульсивности) MMPI, которые свидетельствуют о наличии зависимости от моментальных побуждений и внешних влияний, о наличии нетерпеливости, высокого уровня притязаний, а также признаков расстройства зрелой личности по эмоционально-неустойчивому типу. Выявлены относительно низкая психотерапевтическая резистентность и данные, свидетельствующие о повышенной обидчивости и осторожности, о трудностях адаптации к окружающей среде, о недостаточно сформированных представлениях об общепринятых нормах поведения с ориентацией на субъективизм и интуицию со средним уровнем интеллекта и высоким уровнем реактивной и личностной тревожности.

При психологическом обследовании у пациенток III подгруппы были установлены признаки импульсивности, отсутствия контроля над своим поведением, высокой общей агрессии, низкой психотерапевтической резистентности, высокой реактивной и личностной тревожности, недостаточно сформированных представлениях об общепринятых нормах поведения с ориентацией на субъективизм и интуицию, а также признаки акцентуаций характера по эмотивному, циклоидному и возбудимому типам с интеллектом ниже среднего или интеллектуальным дефектом.

Полученные данные по индивидуально-личностным особенностям обследованных больных и по уровню их психотерапевтической резистентности позволили дифференцировать цели и применяемые методы психотерапии в группах исследованных женщин с алкогольной зависимостью.

Целью психотерапии лиц I подгруппы является коррекция поведенческих расстройств; развитие умений продуктивного решения личных и социальных задач и формирование целенаправленной нормативной личности. Следовательно, наиболее правильным для психотерапии лиц I подгруппы является применение методов бихевиоральной психотерапии - обучение больных способам преодоления патологического влечения к алкоголю и противодействию попыткам окружающих вовлечь их в употребление спиртного (учитывая интеллект выше среднего, признаки зависимости от моментальных побуждений и внешних влияний, склонность к риску, нетерпеливость, высокий уровень притязаний), групповой психотерапии (учитывая наличие критики к заболеванию, зависимость взглядов и установок от социального окружения), семейной психотерапии - обеспечение мелиористического лечения с организацией по возможности "интерьерного" фактора и коррекции взаимоотношений с окружающими лицами, созданием "терапевтического коллектива" (учитывая сохранность семьи).

Целью психотерапии лиц II подгруппы является: формирование внутренней мотивации на лечение; формирование установки на отказ от употребления алкоголя, коррекция личностных и поведенческих расстройств, восстановление эмоциональной адекватности и навыков дифференцирования эмоций; развитие умений продуктивного решения личных и социальных задач. Следовательно, наиболее правильным для психотерапии лиц II подгруппы является применение методов эмоционально-стрессовой психотерапии – кодирование по Довженко, плацебо-инъекции (учитывая средний интеллект, наличие зависимости от моментальных побуждений и внешних влияний, нетерпеливости, относительно низкую психотерапевтическую резистентность); индивидуальной рациональной психотерапии – тактика переменных

уступок и соглашений (учитывая наличие признаков расстройства зрелой личности по эмоционально-неустойчивому типу).

Целью психотерапии лиц III подгруппы является формирование установки на отказ от употребления алкоголя, восстановление эмоциональной адекватности и навыков дифференцирования эмоций. Следует учитывать, что у лиц III подгруппы ремиссии устанавливаются лишь в форме кратковременного прекращения или уменьшения употребления алкогольных напитков. Следовательно, наиболее правильным для психотерапии лиц III подгруппы является применение методов рациональной психотерапии с авторитарным типом отношений (учитывая интеллект ниже среднего или интеллектуальный дефект, отсутствие критики к заболеванию, признаки импульсивности, отсутствия контроля над своим поведением, высокой общей агрессии), массивной эмоционально-стрессовой психотерапии с применением плацебо-препаратов (учитывая низкий интеллект или интеллектуальный дефект, низкую психотерапевтическую резистентность, а также признаки акцентуаций характера по эмотивному, циклоидному и возбудимому типам). Необходимо обозначить, что лица III подгруппы с выраженной алкогольной деградацией и развитием признаков алкогольной энцефалопатии практически не поддаются коррекции методами психотерапии и нуждаются в применении мер социального характера с условиями, исключающими употребление алкоголя.

#### **4.6.6 Ремиссии алкогольной зависимости у женщин**

По данным современной литературы, длительность ремиссии после проведения противоалкогольного лечения обычно невелика. Так, Р.И. Гольдштейн, И.И. Лукомский, Г.М. Энтин указывают, что свыше 6 месяцев ремиссии наблюдались у 40% больных со средней длительностью



10-15 месяцев, свыше двух лет – у 5-10% больных. Наилучший эффект отмечался в наркологических отделениях при промышленных предприятиях. Ремиссии продолжительностью свыше года отмечены у 14,3 % больных после лечения в амбулаторных условиях и 21,1 % – после лечения в психиатрическом стационаре. Сведений о числе лиц, остающихся в состоянии ремиссии свыше 5 лет, в литературе очень мало. Число больных алкогольной зависимостью, снятых с учета в связи с выздоровлением, ежегодно составляет 2% от всех, состоящих на диспансерном учете.

Клинико-катамнестическое исследование всех обследованных женщин с алкогольной зависимостью (300 чел.) показало, что в результате проведенного лечения ремиссии до 6 месяцев отмечались в 49 случаях (16,33%), ремиссии от 6 месяцев до года в 14 случаях (4,66%) и более года в 29 случаях (9,67%).

В 90 случаях (30,00%) отмечалось значительное улучшение социальной адаптации: устроились на работу после длительного периода безработицы (33, 11,00%), вернулись и стали проживать в семье (161, 53,66%), восстановились на прежнем месте работы (78, 26,00%), были сняты с диспансерного учета в связи со значительным улучшением состояния (23, 7,67%).

У исследованных испытуемых рецидивы часто возникали, когда своевременно не проводились психотерапевтические воздействия с применением даже небольших доз психотропных препаратов. По этой причине возрастает роль психогенно-ситуационных факторов, под воздействием которых развивались рецидивы заболевания. Срабатывал принцип «второго удара» по А.Д. Сперанскому. Оживление старых болезненных следов наблюдалось особенно у лиц с дистимическими расстройствами, в результате чего рецидив алкогольной болезни возникал подчас при неосознаваемых личностных установках пациенток.

Продолжительность ремиссий более года прямо коррелировала с высоким интегральным показателем качества жизни ( $r=0,568$ ), показателем интеллектуально-мнестического уровня пациенток ( $r=0,495$ ), замужним семейным положением ( $r=0,654$ ), наличием детей ( $r=0,512$ ), наличием работы ( $r=0,568$ ), наличием высшего образования ( $r=0,744$ ), поздним возрастом начала заболевания ( $r=0,678$ ), продолжительностью госпитализации ( $r=0,808$ ).

Ремиссии менее 6 месяцев имели прямую корреляционную связь со средним возрастом ( $r=0,489$ ), распавшимися браками ( $r=0,632$ ), наличием среднего или средне специального образования ( $r=0,560$ ), увольнениями с работы за нарушения трудовой дисциплины ( $r=0,478$ ), семейным пьянством ( $r=0,680$ ), снижением критики к болезни ( $r=0,860$ ), наличием псевдозапойных форм злоупотребления ( $r=0,655$ ), а также низкой интеллектуальной эффективностью ( $r=0,560$ ) и социальной желательностью ( $r=0,580$ ) (по ММРІ (СМИЛ)).

Несмотря на проводимую терапию, почти у трети обследуемых женщин с алкогольной зависимостью (39,33%) ремиссий не наблюдалось. Отсутствие ремиссий прямо коррелировало с низким интегральным показателем качества жизни ( $r=0,550$ ), возрастом старше 40 лет ( $r=0,652$ ), неблагополучным семейным положением (незамужние и разведенные пациентки) ( $r=0,780$ ), отсутствием детей ( $r=0,666$ ), неполным средним образованием ( $r=0,560$ ), с патологическим увеличением импульсивности ( $r=0,806$ ), ригидности ( $r=0,466$ ) и индивидуалистичности ( $r=0,554$ ) (шкалы 4, 6, 8) и снижением толерантности к стрессу ( $r=0,486$ ) по ММРІ (СМИЛ), акцентуациями характера по возбудимому ( $r=0,554$ ), дистимическому ( $r=0,650$ ), экзальтированному ( $r=0,604$ ) типам, низким интеллектуально-мнестическим уровнем ( $r=0,754$ ), высокой реактивной ( $r=0,450$ ) и личностной ( $r=0,550$ ) тревожностью, высоким уровнем общей агрессии ( $r=0,622$ ), продолжительностью заболевания ( $r=0,720$ ), высокой

толерантностью к алкоголю ( $r=0,492$ ), наличием алкогольных психозов ( $r=0,802$ ), наличием атипичных форм опьянения ( $r=0,455$ ), злоупотреблением в форме постоянного пьянства ( $r=0,662$ ) и госпитализацией скорой медицинской помощью ( $r=0,540$ ).

Таким образом, основными факторами, влияющими на продолжительность ремиссий при алкогольной болезни у женщин являются возраст пациенток, семейное положение, наличие детей, наличие образования, наличие работы, факты увольнения за нарушение трудовой дисциплины, интегральный показатель качества жизни, показатель интеллектуально-мнестического уровня пациенток, патологическое увеличение импульсивности, ригидности и индивидуалистичности (шкалы 4, 6, 8) и снижение толерантности к стрессу по ММРІ (СМИЛ), акцентуации характера по возбудимому, дистимическому, экзальтированному типам, высокая реактивная и личностная тревожность, высокий уровень общей агрессии, продолжительность заболевания, высокая толерантностью к алкоголю, наличие алкогольных психозов, наличие атипичных форм опьянения, злоупотребление в форме постоянного пьянства, госпитализации скорой медицинской помощью, возраст начала заболевания, семейное пьянство, наличие критики к болезни и продолжительность госпитализации.

#### **4.6.7 Особенности ремиссий у женщин с алкогольной зависимостью с различными вариантами социального функционирования**

Критериями оценки эффективности лечения женщин с алкогольной зависимостью являлись следующие показатели: длительность ремиссии, социальная, профессиональная и семейная адаптация. В частности, у социально адаптированных лиц ремиссии более года наблюдались в 20,20% случаев; у диссоциальных – 2,63% и антисоциальных – 5,60%

случаев. Ремиссии в течение года наблюдались у 10,10% лиц I подгруппы; 2,63% лиц II подгруппы и у 1,60% I подгруппы. Ремиссии длительностью до 6 месяцев имели 20,20% лиц I подгруппы; 15,79% лиц I подгруппы; 13,60% лиц III подгруппы.

Возврат на прежнее место работы отмечался у 48,48% лиц I подгруппы; у лиц II подгруппы – в 26,32% случаев и у лиц III подгруппы – у 8% случаев. Возврат в семью у лиц I подгруппы имел место в 90,90% случаев; у лиц II подгруппы – в 47,37% и у лиц III подгруппы – в 28,00% случаев.

Несмотря на наличие общих клинико-социальных закономерностей формирования ремиссий при алкогольной зависимости у женщин, у лиц с различными формами социального функционирования по основным триггерным факторам развития рецидивов заболевания были существенные отличия (таблица 7.6).

У лиц I подгруппы продолжительные и хорошего качества ремиссии (41,41%) формировались у лиц без преморбидных характерологических особенностей ( $r=0,602$ ), с высоким уровнем интеллекта ( $r=0,512$ ), имеющих критику к болезни ( $r=0,722$ ), получивших длительную психофармакологическую и психотерапевтическую помощь ( $r=0,590$ ), с высокой мотивацией на лечение ( $r=0,698$ ). Клиническая картина ремиссий при алкогольной зависимости с адаптированной формой социального функционирования зависела от стадии заболевания. В начале каждой ремиссии отмечалась общая лабильность состояния, проявляющаяся астеническим синдромом с вегетативными компонентами. По мере становления ремиссии эти симптомы возникали реже, хотя и возможны аффективные нарушения с усилением интимно связанного с ним патологического влечения к алкоголю. Эти состояния успешно устранялись психотерапевтическим воздействием и транквилизаторами. У пациенток восстанавливались нарушенные производственные и семейные

отношения, снижались показатели астении, депрессии, тревожности. Нормализовалось обычное социальное функционирование. Качество и продолжительность ремиссии были связаны с пониманием и признанием пациентками своей болезни, т.е. от успешности преодоления алкогольной анозогнозии.

Психическое состояние пациенток оценивалось с помощью специальных разработанных клинических методик с определением выраженности влечения к алкоголю, астенических проявлений, соматовегетативных нарушений, установки на трезвость и уровня социально-психологической адаптации. Проводимая терапия позволяла выше названной группе пациенток достичь относительно высокого уровня ремиссий (от 6 месяцев до года и больше) и способствовать адекватной социальной реабилитации. В частности, у лиц I подгруппы только в 8,09% случаев не отмечалось ремиссии. У 50,5% случаев отмечалась ремиссия от 6 месяцев до года и более. Социальная адаптация наблюдалась в 41,41% случаев. 54,54% женщин данной подгруппы вернулись на прежнее место работы и трудоустроились; 90,90% возвратились в семью. Госпитализация в психиатрический стационар для пациенток этой подгруппы, как правило, была продуманным обоснованным шагом; внутренней сформулированностью, высокой мотивацией на лечение. Это благоприятно сказывалось на отношении к лечению, эмоциональном состоянии пациенток и как следствие этого, на полном взаимопонимании с врачом и медицинским персоналом. Исследованные лица адаптированной группы обладали достаточным самоконтролем, осмотрительностью, открытостью своих переживаний. У них удавалось сформировать установку на отказ употребления алкоголя и развитие критики к болезни.

У лиц из подгруппы II наличие продолжительных ремиссий (39,47%%) коррелировало с низкими показателями реактивной ( $r=0,609$ ) и личностной ( $r=0,544$ ) тревоги, с наличием стойкой мотивации на лечение

( $r=0,655$ ), длительностью и качеством психофармакологического и психотерапевтического лечения ( $r=0,802$ ), с отсутствием семейных конфликтов ( $r=0,514$ ). У пациенток с диссоциальной формой реагирования (II подгруппа) чаще, чем в предыдущем варианте, наблюдались преморбидные черты психопатического круга – в 25,26% случаев. По прогрессированию течения заболевания данную группу можно было отнести к умеренно прогрессивному и прогрессивному вариантам, что сопровождалось изменениями личности и формированием стойких аффективных расстройств. У пациенток преобладали дисфорические (30,26%) и эйфорические (21,05%) синдромы, а также тревожность (35,52%), демонстративность (23,68%). Указанные расстройства под влиянием лечения в некоторой степени претерпевали обратное развитие, в то время как интеллектуально-мнестические изменения личности, несмотря на улучшение общего клинического состояния, обратной динамики не подвергались и находились на уровне среднего и ниже среднего интеллекта 43,18% и 48%. Кроме этого у лиц II подгруппы сохранился сниженный самоконтроль, беспечность, пренебрежение социальными нормами, склонность к замкнутости. Все это сказывалось на затруднении межличностных отношений в период становления ремиссии, затрудняло социальную адаптацию, снижало возможность трудоустройства (39%), возврат на прежнее место работы (48%). Менее половины из них возвращались в прежнюю семью (47,37%).

У женщин III подгруппы наличие продолжительных ремиссий (15,2%) прямо коррелировало с высоким интеллектом, твердой установкой на трезвость, отсутствием патологического влечения к алкоголю, длительностью и интенсивностью лечения и имело обратную корреляционную связь с анозогнозией, наличием преморбидных черт характера и семейными конфликтами. Большинство женщин обнаруживали выраженные отклонения преморбидного склада личности и

акцентуаций черт характера (41,48%) в отличие от нормы, что вело к более тяжелым измениям (от стойкого невротического состояния до алкогольной деградации, психоорганического синдрома). Алкогольная деградация личности в данной подгруппе являлась облигатным поражением алкогольной зависимости и была функционально связана как с болезненным процессом, так и патологическими изменениями личности, зафиксированными психологическими методиками (интеллектуальные изменения ниже среднего уровня по методике Равена у 48% и интеллектуальный дефект – у 8% пациенток).

У лиц с алкогольным психоорганическим синдромом в период ремиссии наблюдались неврастенические расстройства в 13,6%; у 41,6% астено- и тревожно-депрессивные расстройства; у 20% - дисфорический синдром. Истерио-возбудимые расстройства обнаруживались у 24,8% пациенток. Аналогичная закономерность клинических проявлений указывала на прогностически неблагоприятные факторы течения ремиссий и возможность появления в любой момент срывов с возникновением рецидивов. Об этом свидетельствовало наличие алкогольной деградации в декомпенсированной стадии алкогольного заболевания, а также серьезные соматоневрологические осложнения у исследованных пациенток (77,6%).

Наличие психических, соматоневрологических нарушений наряду с морально-этическим и профессиональным снижением указывало на значительное уменьшение реадaptационного потенциала у исследованных пациенток. Поэтому для данных лиц рекомендовались реадaptационные программы специально для женщин с антисоциальной формой социального функционирования, предусматривающие длительное лечение всеми видами психотерапии, массивную лекарственную противорецидивную терапию и обязательную организацию социального контроля в период становления ремиссии. Особое внимание уделялось изменению личностной ориентации женщин с алкогольной зависимостью,

преодолению утерянных межличностных отношений и восстановлению престижных факторов в самоопределении, восстановлению хотя бы формального критического отношения к болезни.

Испытуемые после прекращения употребления алкоголя переживали тяжелые стрессовые состояния. У них терялся интерес к общественной жизни, производственным делам, если таковы имелись; разрушалась семья. Они начинали вести т.н. паразитический образ жизни.

Оценивая психопатологическую картину в целом, можно было установить, что у пациенток наблюдались психопатоподобные расстройства с грубым цинизмом, агрессивностью, назойливой откровенностью; аффективные нарушения с истеро-возбудимым поведением, снижением критики к собственному положению, окружающим, с эпизодически возникающей истерической дисфорией. У данных женщин мышление сопровождалось примитивными штампами и шаблонными шутками, подобными на алкогольный юмор у мужчин. В отдельных случаях при восстановлении ремиссии имели место вялость, пассивность.

Подводя итоги приведенным выше исследованиям трех подгрупп пациенток с различными уровнями социального функционирования, можно сказать, что в период становления ремиссии испытуемые значительно отличались по своим психопатологическим и социальнопсихологическим показателям (таблица 7.7).

В частности, главный ведущий признак алкогольной зависимости – патологическое влечение к алкоголю – был в данных социальных группах различен и составлял 18,80%; 38,16%; и 61,60% в I, II, и III подгруппах соответственно. Этот первый показатель прогностически указывал на эффективность проводимого лечения. Снижение алкогольной анозогнозии удалось достичь у лиц I подгруппы до 8,08% случаев; у лиц II подгруппы до 23,68%; у лиц III подгруппы – 85,60% случаев. Твердая установка на



трезвость была определена у лиц I подгруппы в 91,91%; II подгруппы – 60,53%; III подгруппы – 24% случаев. Аффективные нарушения составляли соответственно – 31,31%; 60,53%; 72,00%. Интеллектуально-мнестические нарушения обнаруживались у лиц I подгруппы в 22,22% случаев; у лиц II подгруппы – в 56,57% случаев и у лиц III подгруппы – в 85,60% случаев; изменения личности соответственно – 12,12%; 27,63%; 60,00%.

Указанная динамика клинических и социально-психологических данных определяла необходимость выбора адекватной антиалкогольной терапии.

Для предупреждения и лечения рецидивов у женщин социально адаптированных следует применять различные виды психотерапии, особенно семейную психотерапию, реабилитационные меры для обеспечения мелиористического лечения с организацией по возможности "интерьерного" фактора и коррекции взаимоотношений с окружающими лицами, созданием "терапевтического коллектива" и мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы.

Для лиц с диссоциальным поведением кроме выше названных методов могут быть применены транквилизаторы, антидепрессанты и другие психотропные средства для коррекции психопатологических и психологических расстройств.

Для лиц с антисоциальными тенденциями дополнительно следует применять сенсibilизирующие методы лечения и реабилитационные мероприятия в реабилитационных центрах и женских лечебно-трудовых профилакториях.

Так почему же психотерапевтический эффект у женщин и мужчин с антисоциальным поведением относительно не стоек, несмотря на повышенную психотерапевтическую внушаемость? Психотерапевтическая

резистентность Тоулби повышена у здоровых людей, у лиц без агрессивных тенденций с алкогольной зависимостью; и в тоже время основа для психотерапевтического лечения благоприятна для других указанных выше подгрупп пациентов (II и III). Следовательно, последние лучше поддаются психотерапевтическому воздействию при проведении лечебных мероприятий. Они, однако, и более внушаемы, находясь в окружающей их микросоциальной среде, которая в большинстве своем отрицательно влияет на становление ремиссии. Образовавшийся патологический стереотип, окружающий наших пациенток, играет роль "отрицательного" воздействия. Алкогольные обычаи, алкогольные компании, вся внешняя среда, связанная с приемом алкоголя, — благодатная почва для рецидива болезни, особенно для лиц с повышенной внушаемостью. Это значит — для лиц II и III исследуемых подгрупп. Непосредственное "алкогольное микросоциальное окружение" является для пациенток со стойкой алкогольной зависимостью этапной группой. В этой группе система взглядов используется по принципу эталонов.

Следовательно, группы лиц со склонностью к диссоциальному поведению нуждаются в применении психоаналитических приемов с современными их вариантами (трансактный анализ, нейролингвистическое программирование и др.) в сочетании с медикаментозным лечением (психотропным и транквилизирующим) с привлечением для психотерапевтического воздействия правоохранительных и административных органов. При выраженной алкогольной деградации с развитием признаков алкогольной энцефалопатии и антисоциальными тенденциями пациентки нуждаются в направлении в реабилитационные центры или в лечебно—трудовые профилактории.

Таким образом, лица с алкогольной зависимостью, как женщины, так и мужчины, обладают меньшей психотерапевтической резистентностью,

чем здоровые люди. Психотерапевтическая резистентность у женщин выражена достоверно больше, чем у мужчин.

Наиболее низкая психотерапевтическая резистентность у лиц II и III подгрупп, что может сказываться на нестойкости психотерапевтического эффекта в связи с отрицательным влиянием алкогольного микросоциального окружения на повышено внушаемую личность.

Для лиц II и III подгрупп должна быть применена массивная эмоционально–стрессовая психотерапия, психоаналитические приемы наряду с применением медикаментозных средств (психотропных и транквилизирующих). Лица с выраженными патопсихологическими расстройствами (энцефалопатии, грубая социальная деградация) нуждаются в направлении на лечение в реабилитационные центры.

Следует обозначить, что у лиц антисоциальной подгруппы ремиссии устанавливались лишь в форме кратковременного прекращения или уменьшения употребления алкогольных напитков. В это время психопатологическая симптоматика продолжала стабильно держаться в клинической картине алкогольной болезни или даже прогрессировать. Например, алкогольный психоорганический синдром с судорожным компонентом в период улучшения становился более «мягким», испытуемые были менее дисфоричными. У пациенток снижалась выраженность аффективных и непсихотических расстройств, снижалась частота судорожных припадков. Однако это было временное явление, сразу исчезающее при рецидиве болезни. Каждый рецидив сопровождался еще более недоброкачественным развитием симптоматики. Поэтому течение алкогольной зависимости у женщин с антисоциальным типом социального функционирования можно отнести к прогрессивному типу течения.

Таким образом, алкогольная зависимость у лиц I подгруппы проходила с умеренным типом течения; у лиц III подгруппы имел место

умеренно-прогредиентный тип течения; у лиц III подгруппы – прогредиентный тип течения заболевания.

### **Выводы**

1. После проведенного амбулаторного и стационарного лечения рецидивы чаще всего возникали в период ремиссии до 6 месяцев и являлись результатом провоцирующих эмоционально-стрессовых воздействий. На первом месте у женщин с алкогольной зависимостью стоят ремиссии, длительностью до шести месяцев. На втором месте находятся ремиссии по длительности от 6 месяцев до года. Несмотря на проводимую терапию, почти у трети обследуемых женщин с алкогольной зависимостью ремиссий не наблюдалось.

2. Установлено преобладание алкогольного галлюциноза в структуре психотических алкогольных расстройств у женщин. По частоте возникновения на втором месте определялось делириозное расстройство. Другие психотические расстройства (параноид, паранойя, хронический алкогольный галлюциноз, алкогольные энцефалопатические психозы) у женщин встречались крайне редко.

Алкогольный галлюциноз чаще отмечался у лиц социально адаптированных, в то время как делириозные нарушения преимущественно наблюдались у лиц с диссоциальными и антисоциальными тенденциями.

Для лечения алкогольных психозов (острого вербального галлюциноза, делирия) положительно зарекомендовала себя комплексная терапия препаратами из группы бутерофенонов (галоперидол, сенорм) и препаратами группы диазепама, назначаемая на фоне дезинтоксикационной терапии.

**3.** Женщины с алкогольной зависимостью обладают меньшей психотерапевтической резистентностью, чем здоровые люди. Психотерапевтическая резистентность у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, выражена достоверно больше, чем у мужчин с данным заболеванием. Наиболее низкая психотерапевтическая резистентность наблюдается у пациенток с диссоциальным поведением. Сочетание этих патологических свойств личности способствует формированию стойких психопатологических изменений, присущих женщинам с алкогольной зависимостью.

**4.** Для предупреждения и лечения рецидивов у социально адаптированных женщин следует применять различные виды психотерапии, особенно семейную психотерапию, реабилитационные меры для обеспечения мелиористического лечения с организацией по возможности "интерьерного" фактора и коррекции взаимоотношений с окружающими лицами, созданием "терапевтического коллектива" и мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы.

Для лиц с диссоциальным поведением кроме выше названных методов могут быть применены транквилизаторы, антидепрессанты и другие психотропные средства для коррекции психопатологических и психологических расстройств.

Для лиц с антисоциальными тенденциями дополнительно следует применять сенсibiliзирующие методы лечения, социальный контроль и реабилитационные мероприятия в реабилитационных центрах и женских лечебно–трудовых профилакториях.

**5.** Применение транквилизаторов и эмоционально-стрессовой терапии в группе женщин социально адаптированных достоверно влияло на достижение ремиссии. В группе диссоциальных пациенток на достижение ремиссии достоверно влияло применение эмоционально-стрессовой терапии. Ремиссии в группе антисоциальных чаще устанавливались в

результате применения социального контроля, эмоционально-стрессовой терапии, лечения в реабилитационных центрах.

**6.** После проведенного лечения в результате ремиссии установлен высокий уровень социальной адаптации: возвращение в семью, возврат на прежнее место работы, рациональное трудоустройство у социально адаптированных лиц; значительно меньше – у диссоциальных и антисоциальных испытуемых.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Среди лиц с алкогольным аддиктивным поведением преобладают городские жители

2. Социальными факторами риска формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются: низкая успеваемость, воспитание в деформированных и многодетных семьях, социальное сиротство, наблюдение у психиатров по месту жительства, учет в инспекции по делам несовершеннолетних.

3. У девочек-подростков отмечался довольно ранний возраст первого знакомства со спиртным ( $13,61 \pm 0,19$  лет) и быстрое формирование систематического употребления алкоголя ( $1,24 \pm 0,16$  года), у 63% имела место алкогольная наследственность. Более раннее начало употребления алкоголя определяло более злокачественное формирование систематической алкоголизации.

4. В результате проведенного исследования определена модель наиболее значимых социальных факторов влияющих на формирование алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков, состоящая из предикторов в виде низкой успеваемости, единственного ребенка в семье, наличия алкогольной наследственности, наблюдения у психиатра, наблюдение в инспекции по делам несовершеннолетних, приводы в милицию.

5. При проведении профилактики формирования алкогольного аддиктивного поведения желательно обращать внимание на прогностически неблагоприятные социальные факторы, представленные

по результатам исследования, с целью повышения эффективности проводимых мероприятий.

6. Среди лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением по сравнению со здоровой группой сравнения имеются более высокие уровни вербальной, косвенной агрессии, негативизма, склонности к раздражению, подозрительности, обиды, аутоагрессии, индексов враждебности и агрессивности.

7. В профиле агрессивности у лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением доминирующими являются подозрительность, аутоагрессивные тенденции, обида.

8. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением из факторов, влияющих на агрессивные тенденции, наиболее значимыми являются социальные аспекты в виде проживания в сельской местности и социальное сиротство.

9. В результате проведенного исследования определена модель наиболее значимых факторов агрессивности повышающих риск формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков, среди которых физическая, вербальная, косвенная агрессия, негативизм, склонность к раздражению, подозрительность, обида, аутоагрессия.

10. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности эмоционального реагирования применительно к агрессивным тенденциям.

11. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением уровни тиреоидных и тиреотропных гормонов ( $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ) в сыворотке крови выше, чем в группе лиц здорового контроля без аддиктивных проблем ( $p < 0,05$ ).



12. В группе девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением больше удельный вес субъектов с показателями уровней гормонов Т3 и Т4 ниже нормативных по сравнению в контрольной группой ( $\chi^2=6,6$ ;  $p<0,05$ ).

13. Наличие уровней гормона Т4 ниже нормативных показателей может выступать фактором риска алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков (OR=28,0; 95% CI [1,35; 58,5];  $p<0,05$ ).

14. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением с показателями уровней Т4 ниже нормативных уровни обиды и индекса враждебности выше, чем у субъектов данной подгруппы с нормативными показателями уровней данного гормона ( $p<0,05$ ).

15. При алкогольной зависимости у взрослых женщин, в отличие от девочек-подростков с алкогольными проблемами наблюдается снижение концентрации в сыворотке крови ТТГ, Т3, Т4, а также концентрации половых гормонов.(прогестерона и эстрадиола) при одновременном увеличении концентрации пролактина, ФСГ, кортизола.

16. Представленные данные могут открывать новые перспективы в работе с контингентом девочек-подростков при ранней диагностике аддиктивного поведения и проведении профилактических мероприятий.

17. У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением по сравнению со здоровым контролем имеются более высокие уровни всех типов школьной тревожности: общей школьной тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, низкой физиологической сопротивляемости стрессу, проблем и страхов в отношениях с учителями.

18. В профиле школьной тревожности у лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением доминирующими являются страх

ситуации проверки знаний, страх несоответствия ожиданиям окружающих, переживание социального стресса.

19. У девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением отягощенная наследственность по алкогольной зависимости влияет на дефицит первичной социализации и низкую самооценку, а проживание в сельской местности на более выраженный страх самовыражения, свидетельствующий о более низкой самооценке.

20. Страх несоответствия ожиданиям окружающих у девочек-подростков с девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением предопределяет более низкую школьную успеваемость.

21. Модель из факторов школьной тревожности обладает высокой прогностической значимостью для формирования алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков.

22. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности эмоционального реагирования в виде тревожных тенденций, а в особенности различных типов школьной тревожности.

23. У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением преобладает астено-невротический и шизоидный типы личностных акцентуации.

24. Группа подростков женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имела специфичность по наличию в ней 14,8% субъектов с органической природой акцентуаций, чего не наблюдалось в группе сравнения.

25. Эмансипированность и женственность можно рассматривать в качестве факторов повышающих риск склонности к алкогольному аддиктивному поведению у лиц женского пола подросткового возраста.

26. При проведении профилактики формирования у данного контингента алкогольного аддиктивного поведения в целях повышения эффективности проводимых мероприятий целесообразно обращать внимание на представленные по результатам исследования особенности личностных черт, эмоционального реагирования применительно к агрессивным тенденциям.

Таким образом можно сделать заключение:

У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением преобладает астено-невротический и шизоидный типы личностных акцентуации; эмансипированность и женственность можно рассматривать в качестве факторов повышающих риск склонности к алкогольному аддиктивному поведению у лиц женского пола подросткового возраста.

У лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имеются более высокие уровни всех типов школьной тревожности: общей школьной тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, страха самовыражения, страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, низкой физиологической сопротивляемости стрессу, проблем и страхов в отношениях с учителями.

В группе девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением больше удельный вес субъектов с показателями уровней гормонов Т3 и Т4 ниже нормативных (Т3 [1,2 - 2,8 нмо/л]; Т4[60 – 160 нмо/л]); наличие уровней гормона Т4 ниже нормативных показателей выступает фактором риска алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков; у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением с показателями уровней Т4 ниже нормативных имеются высокие уровни обиды и враждебности.

Среди лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением имеются более высокие уровни вербальной, косвенной агрессия, негативизма, склонности к раздражению, подозрительности, обиды, аутоагрессии, индексов враждебности и агрессивности; в профиле агрессивности у лиц женского пола с алкогольным аддиктивным поведением доминирующими являются подозрительность, аутоагрессивные тенденции, обида.

Подростков из группы риска по алкогольной аддикции можно охарактеризовать (исходя из вариантов отклоняющегося поведения) следующим образом: склонность к отрицанию общепринятых норм, ценностей, образцов поведения; нонконформистские установки и склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым; тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть; наличие агрессивных тенденций и готовности к их реализации в поведении; предрасположенность к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния; склонности к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем; ориентация на чувственную сторону жизни, наличие «сенсорной жажды»; гедонистически ориентированные нормы и ценности; наличие деликвентных тенденций; низкий уровень социального контроля.

В таблице ниже представлены признаки, определяющие риск употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков, и присваиваемые баллы при их наличии.

Таблица – Признаки, определяющие риск употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков

Наличие показателя	Баллы
астено-невротический и шизоидный тип личностных акцентуации	1
более высокие уровни всех типов школьной тревожности, а также доминирование в профиле школьной тревожности страха ситуации проверки знаний, страха несоответствия ожиданиям окружающих, переживания социального стресса	1
более высокие уровни вербальной, косвенной агрессия, негативизма, склонности к раздражению, подозрительности, обиды, аутоагрессии, индексов враждебности и агрессивности, а также доминирование в профиле агрессивности подозрительности, аутоагрессивных тенденций, обиды	1
склонность к отклоняющемуся поведению	1
показатели уровней гормонов Т3 и Т4 ниже нормативных (Т3 [1,2 – 2,8 нмо/л]; Т4[60 – 160 нмо/л])	1

При наличии 1 и более признаков ( $\geq 1$  балла) констатируется наличие риска употребления алкоголя и его вредных последствий у девочек-подростков.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Алкоголь [Электронный ресурс] / Информационный бюллетень ВОЗ. – Global status report on alcohol and health 2014, Режим доступа: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/). – Дата доступа 19.01.2016
- 2 Альтшулер, В.Б. К типологии женского алкоголизма: особенности заболевания у пациенток с эпилептоидными чертами характера / В. Б. Альтшулер, А. Г. Штырков // Наркология. – 2003. – N 5. – С. 29 – 34.
- 3 Битенский, В.С. Наркомания у подростков / В.С. Битенский. – Киев: Здоровье, 1989. – 216 с.
- 4 Брюн, Е. А. Проблемы детской и подростковой наркологии. Социальная дезадаптация и нарушение поведения у детей и подростков / Е.А. Брюн. – М., 1996. – С. 10–15.
- 5 Егоров, А.Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности / А.Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 78-80.
- 6 Егоров, А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы / А.Ю. Егоров // Вопросы наркологии. – 2002. – № 5. – С. 50-54.
- 7 Матвеев, В. Ф. Алкоголизация и патологическое формирование личности подростков. Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма / В.Ф. Матвеев, Л.Н. Барденштейн, С.А. Курашов. – М.: Медицина, – 1984. – С 58-61.
- 8 Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения: учебное пособие / В.Д. Менделевич – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
- 9 Милушева, Г.А. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами

злоупотребления токсическими веществами и алкоголем / Г.А. Милушева, Н.Г. Найденова // Вопросы наркологии. – 1992. – № 4. – С. 138-143.

10 Можейко, Л.Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л.Ф. Можейко, М.В. Буйко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 50–52.

11 Москвичев, В.Г. Гендерспецифические аспекты алкогольобусловленных соматических заболеваний / В.Г. Москвичев // Трудный пациент. – 2006. – №9. – С. 48-50.

12 Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Т.Б. Дмитриева [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 39–42.

13 Оруджев, Н.Я. Роль социальных факторов в развитии наркоманий и токсикоманий у детей и подростков: материалы научно-практ. конф. Современные проблемы наркологии, Астрахань, 21-22 октября 1999 г. / Астраханский гос. ун-т. – Астрахань, 1999. – 119 с.

14 Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11.01.2011 № 27 «О государственной программе национальных действий по преодолению пьянства и алкоголизма на 2011 – 2015 годы» / Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2011. – № 8. – 5/33153.

15 Рыбакова, Л.Н. Скрытые смыслы алкогольного поведения [Электронный ресурс] / Л.Н. Рыбакова // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – - 2011. – № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 15.09.2011.

16 Социальные факторы и психические расстройства у женщин. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б.Дмитриевой, К.Л. Иммерман, М.А. Качаевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 162-167.

17 Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М., 2002. – 465 с.

18 Шереги, Ф.Э. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция / Ф.Э. Шереги. – М.: Медицина, – 2001. – 48 с.

19 Шурыгина, И.И. Изменение гендерных особенностей алкогольного поведения [Электронный ресурс] / И.И. Шурыгина // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2011. – № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 14.09.2011.

20 Currie, C. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey [Электронный ресурс] / C. Currie // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/>. Дата доступа: 05.11.2012.

21 Dawson, D.A. Gender differences in the risk of alcohol dependence: United States, 1992 / D.A. Dawson // Addiction. – 1996. – V. 91, N 1. – P. 1831-1842.

22 Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000 / Jr J. M. Wallace [et al] // Addiction. – 2003. – V. 98. – P. 225–234.

23 Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population / M.S. De Lima [et al] // Subst. Use Misuse. – 2003. – V. 38, № 1. – P. 51-65.

24 Gender-specific effects of the catechol-O-methyltransferase Val105/158Met polymorphism on cognitive function in children / J.H. Barnett [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – P. 142-149.



25 Effect of Comt Val (108/158) Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia / M.F. Egan [et al.] // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2001. – Vol. 98. – P. 6917-6922.

26 Garner, D. M. Development and validation of a mulidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia / D.M. Garner, M.P. Olmstedt&J. Polivy// International Journal of Eating Disorders. 1983. – No. 2. – P.15–34.

27 .Global status report on alcohol and health – 2014 ed.].Crews F., He J., Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction / F. Crews, J. He, C. Hodge // Pharmacology, Biochemistry, and Behavior. – 2007. Vol. 86. – P. 189–199.

28 De Looze ME et al. Early risk behaviors and adolescent injury in European and North American countries: a cross-national consistent relationship/ M.E. De Looze [et al.]// The Journal of Early Adolescence. – 2011. – Vol. 2. - №32(1). –P.101–122.

29 Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men / M.L. Kelley [et al] // Addictive Behaviors. – 2004. – V. 29, N 8. – P. 1633-1636.

30 Schukit, M.A. Drug and alcohol abuse / M.A. Schukit // A clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. – NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000. – . 380 p..

31 Swendsen, J. D. The comorbidity of depression and substance use disorders / J. D. Swendsen, K. R. Merikangas // J. Clinical Psychology Review. – 2000. – Vol. 20, № 2. – P. 173-189.Отчет главного нарколога Республики Беларусь за 9 месяцев 2010 года// Минск, 2010.Бойко, В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь / В. В. Бойко.- СПб: Сударыня, 1998.- 127 с.

32 Rossow, I. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behavior in adolescence. / I. Rossow // *Addiction* - 2005 - 94, №7. – P. 1017-1031.

33 Шайдукова, Л.К. Психологические механизмы злоупотребления алкоголем девочками-подростками // *Казанский медицинский журнал*. - 1991. - Т. 72. - № 4. - С.301-303.

34 Edwards, G. A comparison of female and male motivation for drinking / G. Edwards, // *International Journal of the Addictions*. – 1973. - Vol. 8, № 4. – P. 577–587.

35 McCarthy, D. M. Educational and occupational attainment and drinking behavior: an expectancy model in young adulthood / D. M. McCarthy, G. A. Aarons, S. A. Brown / *Addiction*. – 2002. - Vol. 97, № 6. – P. 717-726.

36 Дунаев, А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии: автореф. на соиск. ученой степени канд. психол. наук / А. Г. Дунаев; – Ростов-на Дону, 2006.

37 Cooper, M. L. A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes / M. L. Cooper, V. B. Agocha, M. S. Sheldon // *J. of Personality*. – 2000. - Vol. 68, № 6. – P. 1058–1088.

38 Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy / A. Rosenblum [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. - 2005. – Vol. 31, № 1. – P. 35-58.

39 Jerez, S. J. Internal drinking motives mediate personality domain — drinking relations in young adults / Alcohol drinking and blood pressure among adolescents / S. J. Jerez, A. J Coviello // *Alcohol*. – 1998. - Vol. 16, № 1. - P. 1–5.

40 Cox, W. M. A motivational model of alcohol use / W. M. Cox, E. Klinger // *J. of Abnormal Psychology*. – 1988. - Vol. 97, № 2. – P. 168–180.

41 Bonomo, Y. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years addiction / Y. Bonomo //Drug and Alcohol Dependence. – 2004. – Vol. 88. - P. 1520-28.

42 Личко, А.Е., Битенский, В.С. Подростковая наркология: Руководство.- Л.: Медицина, 1991.- 304 с.

43 Бородкин, Ю.С. Алкоголизм: причины, следствия, профилактика / Ю.С. Бородкин, Т. И. Грекова. - Л.: Наука, 1987.- 159 с

44 Хафизов, Р.Х. Антиалкогольное воспитание студенческой молодежи // Здравоохранение Казахстана. - 1992. - №11. - С.33-34.

45 Короленко, Ц.П., Завьялов, В.Ю. Личность и алкоголь.- Новосибирск: Наука, 1988.- 168 с.

46 Пятницкая, И.Н. Изменение мотивов наркотизации у подростков. Проблемы профилактики / И.Н. Пятницкая // Актуальные вопросы наркологии: Тез. докл. респ. совещания врачей психиатров-наркологов, г. Калининград 23-25 апреля 1990 г. - М., 1990. - С. 166-167.

47 Резников, С.Г., Дробышев В.В. Исследование алкоголизма у учащихся сельских профессионально-технических училищ // Советское здравоохранение, 1989. - №2. - С.50-53.

48 Palmqvist, R. A. A moving target: Reasons given by adolescents for alcohol and narcotics use, 1984 and 1999 / R. A. Palmqvist, L. K. Martikainen, M. R. von Wright // Journal of Youth and Adolescence. – 2003. - Vol. 32, № 3. – P. 195–203.

49 Гульдан, В.В., Шведова М.В. Психологический анализ мотивообразующих факторов наркотизации подростков //Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. тр. Лен. психоневрол. НИИ им.В.М. Бехтерева. - 1991. - Т.128. - С.64- 71.

50 Игонин, А.Л. Особенности диагностики и лечения алкоголизма в подростковом возрасте // Вопросы наркологии. - 1992. - №3-4. - С. 25-31.

51 Пятницкая, И.Н. Место наркотизации в девиантном поведении подростков. Наркомании: ситуация, тенденция и проблемы / И. Н. Пятницкая. - М.: Изд. "Институт социологии РАН", 1999. - С.53-58.

52 Скворцова, Е.С. Тенденции потребления психоактивных веществ подростками-школьниками г. Ставрополя в 90-е годы / Е. С. Скворцова, Н. Г. Карлсен, В. А. Уткин // Вопросы наркологии. - 2000. - № 4. - С.70-78.

53 Копытов, А.В., Головач, А.А. Алкогольная зависимость у подростков (клиника, диагностика, лечение): учеб.-метод. пособие // А.В. Копытов, А.А. Головач. – Мн.: БелМАПО, 2004. – 56 с.

54 Cooper, M. L. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor-model / M. L. Cooper // J. Psychological Assessment. – 1994. - Vol. 6, № 2. – P. 117–128.

55 For all these reasons, I do...drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates / S. Kairouz [et al.] // J. of Studies on Alcohol. - 2002. – Vol. 63, № 5. - P. 600–608.

56 Social Environmental Influences on the Development and Resolution of Alcohol Problems / B. S. McCrady [et al.] // Alcoholism: Clin. and Exper. Res. – 2006. - Vol. 30, № 4. – P. 48-56.

57 Личко, А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. трудов. - Л.: Изд. Лен. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. Бехтерева, 1991. - Т.128. - С. 9-14.

58 Буторина Н.Е., Дедков Е.Д. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного криза //Саморазрушающее поведение у подростков: Тр. Лен. психоневрол. НИИ им. В.М.Бехтерева. - 1991.- Т.128. - С.15-21.

59 McCrae, R. R. An introduction to the Five-Factor Model and its applications / Mc R. R. Crae, O. P. John // J. of Personality. – 1992. - Vol. 60, № 2. – P. 175-215.

60 Swadi, H. Individual risk factors for adolescent substance use / H. Swadi // J. Drug and Alcohol Dependence. – 1999. – Vol. 55, № 3. – P. 209-224.

61 Why do young people drink? A review of drinking motives / E. N. Kuntsche [et al.] // Clinical Psychology Review. – 2005. - Vol. 25, № 7. – P. 841–861.

62 Suls, J. Person–environment fit and its limits: Agreeableness, neuroticism, and emotional reactivity to interpersonal conflict / J. Suls, R. Martin, J. P. David // Personality and Social Psychology Bulletin. - 1998. - Vol. 24, № 3 – P. 88–98.

63 Лисицын, Ю.П., Алкоголизм. Медико-социальные аспекты: Руководство для врачей / Ю.П. Лисицын, П.И. Сидоров. - М., 1990.

64 Cooper, M. L. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence / M. L. Cooper, P. R. Shaver, N. L. Collins // J. of Personality and Social Psychology. - 1998. - Vol. 74. – P. 1380-1397.

65 Stewart, S. H. Relations between personality and drinking motives in young adults / S. H. Stewart, H. Devine // Person. and Individual Differences. – 2000. - Vol. 29, № 7. – P. 495–511.

66 Cloninger, C.R. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men / Bohman M., Sigvardsson S. // Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38:861-8.

67 Макаров, В.В. Современные тенденции вовлеченности подростков в употреблении спиртных напитков //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1991. - № 1. - С.97-98.

68 Агеева, И.А. Личностные особенности алкоголизирующихся девочек-подростков, обучающихся в ПТУ: автореф. ... дисс. канд. мед наук / И.А. Агеева. - Л., 1990.- 22 с.

69 Владимиров, Б.С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола: Автореф. ...дисс. канд. мед. наук / Б. С. Владимиров; Томск, 1993.

70 Эльгаров, А.А. Отношение школьников Нальчика к вредным привычкам / А.А. Эльгаров, Л.В. Эльгарова // Терапевтический архив. – 1994. - 66, № 1. - с. 45-48.

71 Полубояринов, А.А., Методические вопросы антиалкогольной пропаганды в средних профессионально-технических училищах. Медико-биологические проблемы алкоголизма / А. А. Полубояринов, В. М. Фрагин.- М., 1988. - с. 256-261.

72 Hasking, P. A. Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample / P .A. Hasking, T. P.S. Oei // Addictive Behavior – 2007. - Vol. 32, № 1, P. 99-113.

73 Oei, T.P.S. Alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and drinking behaviour in Asian and Australian students / T.P.S. Oei, C. L. Jardima// Drug and Alcohol Dependence. - 2007 – Vol. 87, № 2-3. – P. 281-287.

74 The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking / R. M. Young [et al.] // J. Alcohol and Alcoholism. – 2006. – Vol. 41, №1. – P. 70-75.

75 Stewart, C. Identifying patterns of adolescent drinking: A tri-ethnic study / C. Stewart, T. G. Power // J. of Studies on Alcohol. – 2002. – Vol. 63, № 2. – P. 156–168.

76 The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a highrisk sample / A. Loukas [et al.] // J. of Personality. -2000. - Vol. 68, № 6. – P. 1153–1175.

77 Stewart, S. H. Anxiety sensitivity and alcohol use motives / S. H. Stewart, S. B. Zeitlin // J. of Anxiety Disorders. - 1995. - Vol. 9, № 3. – P. 229–240.

78 Heaven, P. C. L. Personality and self-reported delinquency: Analysis of the Big FiveQ personality dimensions / P. C. L. Heaven // Personality and Individual Differences. – 1996. - Vol. 20, № 6. – P. 47–54.

79 Гульдман, В.В. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В. В. Гульдман, А. М. Корсун // Вопросы наркологии. - 1990. - № 2. - с. 40-44.

80 Giancola, P. R. The underlying role of aggressivity in the relation between executive functioning and alcohol consumption / P. R. Giancola // Addictive Behaviors. – 2007. - Vol. 32, № 4. - P. 765-783.

81 Jessor, R. Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth / R. Jessor, S. L. Jessor// New York, 1997: Academic Press.

82 Лисецкий, К.С. Психологические основы предупреждения наркотической зависимости личности / К. С. Лисецкий. – Самара: Универс групп. – 2007. 308 с.

83 Hasking, P. A. Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample / P. A. Hasking, T. P.S. Oei // Addictive Behavior – 2007. - Vol. 32, № 1, P. 99-113.

84 Schroder, K.E., Covariations of emotional states and alcohol consumption: Evidence from 2 years of daily data collection / K.E. Schroder, M. W. Perrine // Social Science & Medicine. -2007. - Vol. 65, № 12. - P. 2588-2602.

85 A Complex Relationship Between Co-occurring Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: What Effect Does Treating Social Anxiety Have on Drinking? / S. E. Thomas [et al.] // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. - 2008. - Vol. 32, № 1. - P. 77–84.

86 Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness / S.Reiss [et al.] // Behaviour Research and Therapy. – 1986. - Vol. 24, № 1. – P. 1–8

87 The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use / N. Comeau [et al.] // J. Addictive Behaviors. – 2001. – Vol. 26, № 6. – P. 803–825.

88 The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking / R. M. Young [et al.] // J. Alcohol and Alcoholism. – 2006. – Vol. 41, №1. – P. 70-75.

89 Clark, D. B. Anxiety and the Development of Alcoholism / D. B. Clark, M. A. Sayette // The American Journal on Addiction. -1993. - Vol. 6, № 3.

90 Timberlake, D. S. College Attendance and Its Effect on Drinking Behaviors in a Longitudinal Study of Adolescents / D. S. Timberlake [et. al]// Alcoholism: Clinical and Experimental Research. - 2007 –Vol. 31, № 6. – P. 1020–1030.

91 Mulvihill, K. Stress Boosts Calming Effects of Alcohol/ K. Mulvihill // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2002. – Vol. 26. – P. 818-826.

92 Pedersen, E. R. Assessment of perceived and actual alcohol norms in varying contexts: Exploring Social Impact Theory among college students. / E. R. Pedersen //Addictive Behaviors. - 2007 – Vol. 33, № 4. – P. 552-564.

93 Alvarez, F. J. Gender differences in patterns of alcohol consumption in Spain / F. J. Alvarez, M. C. del Rio // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. - 1994. – Vol. 18, № 6. – P. 1342–1347.

94 Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives / A. M. McNally [et al.] // J. Addictive Behaviors. – 2003. – Vol. 28, №5. – P. 1115-1127.



95 Bradley, J. R. Expectations, alienation, and drinking motives among college men and women / J. R. Bradley, R. S. Carman, A. Petree // J. of Drug and Alc. Education. - 1991. - Vol. 21, № 1. – P. 27–33.

96 Carey, K. B. Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. / K. B. Carey [et. al]// Drug and Alcohol Dependence. - 2007- Vol. 4. – P. 123-127.

97 Klein, H. Self-reported reasons why college students drink / H Klein // J. of Alcohol and Drug Education. – 1992. - Vol. 37. - P. 14–28.

98 Substance abuse: A comprehensive textbook (4th ed.) / J. H. Lowinson [et al.]; Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.

99 Cicchetti, D. Psychopathology as risk for adolescent substance use disorders: A developmental psychopathology perspective / D. Cicchetti, F. A. Rogosch // J. of Clinical Child Psychology. – 1999. – Vol. 28, № 3. – P. 355-365.

100 Alcohol use beliefs and behaviours among high school students. /L. Feldman [et al.] // J. of Adolescent Health. - 1999. - Vol. 24, № 1. - P. 48-58.

101 Alcohol norms, expectancies, and reasons for drinking and alcohol use in a U.S. versus a Japanese college sample / C. T. Nagoshi [et al.] // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. – 1994. – Vol. 18, № 3. – P. 671–678.

102 Neff, J. A. Solitary drinking, social isolation, and escape drinking motives as predictors of high quantity drinking, among Anglo, African American and Mexican American / J. A. Neff // Alcohol and Alcoholism. – 1997. – Vol. 32, № 1. – P. 33–41.

103 Gire, J. T. A cross-national study of motives for drinking alcohol / J. T. Gire // Substance Use and Misuse. - 2002. - Vol. 37, № 2. - P. 215–223.

104 MacLean, M. G. A comparison of models of drinking motives in a university sample / M. G. MacLean, L. Lecci // J. Psychology of Addictive Behaviors. – 2000. – Vol. 14, № 1. – P. 83-87

105 Alexithymia and interpersonal problems / S. Vanheule [et al.] // J. of Clinical Psychology. – 2007. – Vol. 63, № 1. – P. 109–117.

106 Taylor, G. J. Alexithymia / G. J. Taylor [et al.] // Psychological mindedness: A contemporary understanding. / G. J. Taylor [et al.]. – Munich, 1997. – P. 27-58.

107 Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients / S. Saarijarvi [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. -1993. - Vol. 15, № 5. - P. 330–333.

108 Sifneos, P. E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients / P. E. Sifneos // J. Psychotherapy and Psychosomatics. – 1983. – Vol. 40, № 1–4. – P. 66–73.

109 Sifneos, P. E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients / P. E. Sifneos // J. Psychotherapy and Psychosomatics. – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.

110 Taylor, G. J. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment / G. J. Taylor // American Journal of Psychiatry. – 1984. – Vol. 141, № 6. – P. 725–732.

111 Cox, W. M. Alexithymia and induced moods in alcohol-dependent males // W. M. Cox, J. P. Blount, A. M. Rozak // J. Personality and Individual Differences. – 1998. – Vol. 24, № 1. P. 81-88.

112 Taylor, G. J. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (Paperback edition 1999) / G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. A. Parker // Clinical Psychology & Psychotherapy. – 2000. - Vol. 7, № 3. - P. 240-245.

113 Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample / A. Uzun [et al.] // J. Comprehensive Psychiatry. – 2003. – Vol. 44, № 4. – P. 349-352.

114 Evren C. Dissociation and alexithymia among men with alcoholism / C. Evren [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2008. – Vol. 62, № 1. – P. 40-47.

115 Sauvage, L. Criterion Validity of Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire-20 form B: A Study of 63 Alcoholic Subjects / L. Sauvage, G. Loas // J. Psychological Reports. – 2006. – Vol. 98, № 1. – P. 234-236.

116 Suicidal Ideation and Alexithymia in Patients with Alcoholism: A Pilot Study / S. Sakuraba [et al.] // J. Substance Use & Misuse. - 2005. – Vol. 40, № 6. – P. 823-830.

117 Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study / G. Loas [et al.] // J. Comprehensive Psychiatry. - 1997. – Vol. 38, № 5. – P. 296-299.

118 Prevalence of alexithymia in a general population: Study in 183 «normal» subjects and in 263 students / G. Loas [et al.] // Ann. Med. Psychol. (Paris). - 1995. - Vol. 153, № 5. - P. 355–357.

119 Alexithymia, depression and drug addition / F Farges [et al.] // Encephale. - 2004. - Vol. 30, № 3. - P. 201–211.

120 Mother's low care in the development of alexithymia: a preliminary study in Japanese college students / I. Fukunishi [et al.] // J. Psychol. Rep. - 1997. - Vol. 80, № 1. - P. 143–146.

121 Kirmayer L. J. Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale / L. J. Kirmayer, J. M. Robbins // J. Psychosomatics. -1993. - Vol. 34, № 1. - P. 41–52.

122 Lane, R. D. Sociodemographic correlates of alexithymia / R. D. Lane, L. Sechrest, R. Riedel // J. Comprehensive Psychiatry. - 1998. - Vol. 39, № 6. - P. 377–385.

123 Dion, K. L. Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective / K. L. Dion // J. of Psychosomatic Research. – 1996. - Vol. 41, № 6. - P. 531–539.

124 Age is strongly associated with alexithymia in the general population / A. K. Mattila [et al.] // J. Psychsom. Res. -2006. - Vol. 61, № 5. -P. 629–635.

125 Apfel, R. J. Alexithymia: Concept and measurement / R. J. Apfel, P. E. Sifneos // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1979. – Vol. 32, № 1. – P. 180-191.

126 Family factors related to alexithymia characteristics / M. A. Lumley [et al.] // *J. Psychosom. Med.* - 1996. - Vol. 58, № 3. - P. 211–216.

127 Finn, P. R. Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism / P. R. Finn, J. Martin, R. O. Pihl // *J. Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1987. – Vol. 47, № 1. – P. 18-21.

128 Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics / M. G. Haviland [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. - 1991. – Vol. 179, № 5. - P. 284-290.

129 High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence / J. Rybakowski [et al.] // *J. Drug and Alcohol Dependence*. – 1988. – Vol. 21, № 2. – P. 133-136.

130 Rybakowski, J. Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: The role of family history and alexithymia / J. Rybakowski, M. Ziolkowski // *J. Drug and Alcohol Dependence*. -1990. - Vol. 27, № 1. – P. 73-77.

131 A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD / L. Handelsman [et al.] // *J. Addictive Behaviors*. -2000. – Vol. 25. – P. 423-428.

132 Haviland, M.G. An observer scale to measure alexithymia / M.G. Haviland, W.L. Warren, M.L. Riggs // *J. of Psychosomatic Research*. – 2000. - Vol. 41, № 5. - P. 385–392.

133 Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? / M. Ziolkowski [et al.] // *J. Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1995. – Vol. 63. – P. 169-173.

134 Social factors in alexithymia / J. Kauhanen [et al.] // *J. Comprehensive Psychiatry*. - 1993. - Vol. 34, № 5. – P. 330–335.

135 Kauhanen, J. Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia / J. Kauhanen, J. Julkunen, J. T. Salonen // Behavioral Medicine. – 1992. – Vol. 18, № 3. – P. 121-126.

136 Lyshova, O. V. Clinical characteristics of hypertensive disease in patients with alexithymia / O. V. Lyshova, V. M. Provotorov, Y. Chernov // Kardiologiya. – 2002. – Vol. 42, № 6. – P. 47-50.

137 Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia / L. G. M. Van Rossum [et al.] // J. Psychiatry Research. – 2004. – Vol. 129, № 1. – P. 107-112.

138 Cleland, C. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users / C. Cleland [et al.] // J. of Psychosomatic Research. – 2005. – Vol. 58. – P. 299-306.

139 Wise, T. N. Alexithymia and the five-factor model of personality / T. N. Wise, L. S. Mann, L. Shay // J. Comprehensive Psychiatry. – 1992. – Vol. 33, № 3. – P. 147-151.

140 Cecero, J. J. Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics / J. J. Cecero, R. W. Holmstrom // J. of Clinical Psychology. – 1997. – Vol. 53, № 3. – P. 201-208.

141 Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients / M. Windle [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 15. – P. 1322-1328.

142 Simpson, T. L. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review / T. L. Simpson, W. R. Miller // J. Clinical Psychology Review. – 2002. – Vol. 22. – P. 27-77.

143 Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients / E. G. Triffleman [et al.] // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1995. – Vol. 183. – P. 172-176.

144 Brems, C. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services / C.Brems [et al.] // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 2004. - Vol. 30. – P. 799-821.

145 Attenuated Salivary Cortisol Secretion Under Cue Exposure is Associated With Early Relapse / K. Junghanns [et al.] // J. Alcohol and Alcoholism. - 2005. – Vol. 40, № 1. - P. 80-85.

146 Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics / G. Loas [et al.] // J. Psychiatry Research. – 2000. - Vol. 96, № 1. – P. 63-74.

147 Brian R. Flay: Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. / R. Brian// Drug and Alcohol Dependence. – 2000 – Vol. 24. - № 3. – P. 234-239.

148 De Rick, A. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients / A. De Rick, S. Vanheule // J. Addictive Behaviors. - 2006. – Vol. 31, № 7. – P. 1265-1270.

149 The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders / M. Driessen [et al.] // J. Alcohol and Alcoholism. – 2001. – Vol. 36, № 3. – P. 249-255.

150 Ostacher, M. J. Comorbid alcohol and substance abuse dependence in depression: Impact on the outcome of antidepressant treatment / M. J. Ostacher // J. Psychiatric Clinics of North America. – 2007. - Vol. 30, № 1. – P. 69-76.

151 Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence / D. Hasin [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2002. – Vol. 59, № 4. - P. 375-380.

152 Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders / M. Speranza [et al.] // J. Substance Use & Misuse. – 2004. – Vol. 39, № 4. – P. 551-579.

153 Witkin, H. A. Manual for the Embedded Figures Test / H. A. Witkin, P. K. Oltman, E. A. Raskin. – 1971. - Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.

154 Alexithymia in Substance Abusers Persistence and Correlates of Variance / L. Pinard [et al.] // American Journal on Addictions. – 1996. - № 5. – P. 32-39.

155 Oteri, A. Alcoholism: of Energy Drinks in Association With Alcoholic Beverages in a Cohort of Students of the School of Medicine of the University of Messina / A. Oteri, F. Salvo, A. P. Caputi // Clinical and Experimental Research. – 2007. – Vol. 31, № 10. – P. 1677-1680.

156 Немчин, Т.А. Личность и алкоголизм / Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев. - Л., 1989.- 192 с.

157 Дмитриева, Т.Н. Формирование алкогольной зависимости у подростков с личностью аффективно-возбудимого типа // Журнал неврологии и психиат. им.С.С.Корсакова, - 1998. - Т.98. - №3.- С.11-14.

158 Клиника, диагностика и лечение алкоголизма в подростково-юношеском возрасте: Метод. рекомендации / Сост.: И.Д.Муратова, Л.М.Котлова, П.И.Сидоров; под. ред. И.Н.Пятницкой. - Архангельск., 1979.- 27 с.

159 Гиндикин, В. Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В.Я. Гиндикин. - М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.

160 Liu, J. Patterns of gene expression in the frontal cortex discriminate alcoholic from nonalcoholic individuals / Lewohl J.M., Harris R.A., Iyer V.R. // Neuropsychopharmacology. 2006; 31(7):1574-82.

161 Assanangkornchai, S. Substance use among high-school students in southern Thailand: Trends over 3 years (2002–2004) / S. Assanangkornchai [et. al]// Drug and Alcohol Dependence. -2007- Volume 86, Pages 167-174.

162 Бочков, Н.П. Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий (обзор литературы)./ Асанов А.Ю., Аксенова М.Г., Новикова А.В. //Ж. Наркология 2003, №1, с 7-14.

163 Heath, A. Interactive effects of genotype and social environment on alcohol consumption in female twins. /Jardine R., and Martin N.G.// Stud Alcohol. 1989; 50(1):38-48.

164 Hesselbrock, V.M. The genetic epidemiology of alcoholism, in Alcohol and Alcoholism / Hesselbrock V.M. [et. al] //Oxford University Press, New York, 1995. - pp. 17-39.

165 Yang, B.Z. Association of haplotypic variants in DRD2, ANKK1, TTC12 and NCAM1 to alcohol dependence in independent case-control and family samples/ Kranzler HR, Zhao H, Gruen JR, et al.//Hum Mol Genet., 2007, Vol. 16, No. 23, 2844–2853.

166 Dick, D.M. The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. / Bierut L, Hinrichs A, Fox L, et al.//Behav Genet. 2006;36(4):577-90.

167 Gorwood, P. Alcohol dependence and polymorphisms of serotonin-related genes. / Lanfumey L, Hamon M. //Med. Sci. (Paris). 2004 Dec; 20(12):1132-1138.

168 Ray, LA. Associations Among GABRG1, Level of Response to Alcohol, and Drinking Behaviors. /Hutchison KE.// Alcohol Clin Exp Res. 2009.

169 Edenberg, H.J. Variations in GABRA2, encoding the alpha 2 subunit of the GABA(A) receptor, are associated with alcohol dependence and with brain oscillations./ Dick DM, Xuei X, Tian H, et al. // Am. J. Hum. Genet. 2004 Apr; 74(4):705-14.

170 Strat, L.Y. The 3' part of the dopamine transporter gene DAT1/SLC6A3 is associated with withdrawal seizures in patients with alcohol



dependence. /Ramos N, Pickering P, Burger V, et al.//Alcohol Clin Exp Res. 2008 Jan;32(1):27-35. Epub 2007 Dec 7.

171 Enoch, M.A. GABRG1 and GABRA2 as independent predictors for alcoholism in two populations. / Hodgkinson CA, Yuan Q, Albaugh B, et al. // Neuropsychopharmacology. 2009 Apr;34(5):1245-54. Epub 2008 Sep 24.

172 Borinskaya, S. Distribution of the alcohol dehydrogenase ADH1B\*47His allele in Eurasia. /Kal'ina N, Marusin A, Faskhutdinova G, et al. // Am J Hum Genet. 2009 Jan;84(1):89-92.

173 Li, H. Geographically Separate Increases in the Frequency of the Derived ADH1B\*47His Allele in Eastern and Western Asia. /Mukherjee N, Soundararajan U, Tarnok Z, et al.// Am J Hum Genet. 2007 Oct;81(4):842-6.

174 Cichoz-Lach, H. Alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase gene polymorphism in alcohol liver cirrhosis and alcohol chronic pancreatitis among Polish individuals. /Partycka, J., Nesina, I., Celinski, K. et al. // Scand. J. Gastroenterol. 2007, 42: 493-498.

175 Enoch, MA. The Role of GABAA Receptors in the Development of Alcoholism // Pharmacol. Biochem. Behav. 2008 July; 90(1): 95–104.

176 Dick, D.M., Bierut, L.J. The genetics of alcohol dependence. Curr. Psychiatry Rep. 2006, 8: 151-157.

177 Harada S. Classification of alcohol metabolizing enzymes and polymorphisms--specificity in Japanese // Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2001 Apr; 36(2):85-106.

178 Chen, C.C. Interaction between the functional polymorphisms of the alcohol-metabolism genes in protection against alcoholism. Lu, R.B., Chen, Y.C., Wang, M.F., et al. // Am. J. Hum. Genet. 1999, 65: 795-807.

179 Edenberg, H.J. Association of alcohol dehydrogenase genes with alcohol dependence: a comprehensive analysis. / Xuei, X., Chen, H.J., Tian, H., et al. //Hum. Mol. Genet. 2006, 15: 1539-1549.

180 Feinn, R. Meta-analysis of the association of a functional serotonin transporter promoter polymorphism with alcohol dependence. /Nellissery, M.; Kranzler, H. R. //Am. J. Med. Genet. (Neuropsychiat. Genet.) 133B: 79-84, 2005.

181 Seignourel, C. Factor structure and diagnostic efficiency of the BDI-II in treatment-seeking substance users / C. Seignourel, J.Green, M. Schmitz // Drug and Alcohol Dependence. – 2008.- Vol. 93, № 3. - P. 271-278.

182 Blum, K. Allelic association of human dopamine D(2) receptor gene in alcoholism./ Noble, E. P.; Sheridan, P. J.; Montgomery, A., et al.//JAMA 263: 2055-2060, 1990.

183 Smith, L. Foxcroft D. Meta-Analysis of the Association of the Taq1A Polymorphism with the Risk of Alcohol Dependency: A HuGE Gene-Disease Association Review/ Watson M, Gates S, Ball D, et al. //Am J Epidemiol 2008;167:125–138, Vol. 167, No. 2.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**МЕТОД ОЦЕНКИ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С  
ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ  
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Алкогольная зависимость у лиц подросткового возраста женского пола (F10.1).

Девочки-подростки из группы риска по алкогольной зависимости, страдающие тревожно-фобическим расстройством (F40), эмоционально-неустойчивым (F60.3) и тревожным расстройством личности (F60.6), а также девочки-подростки с аффективными (F30) и невротическими расстройствами (F40).

**ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

1. Тест личностных акцентуаций, модифицированный вариант методики ПДО для выявления типов акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей.
2. Тест школьной тревожности Филлипса для определения уровня тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, проблем и страхов в отношениях с ровесниками и учителями.
3. Тест Басса-Дарки для диагностики агрессивных и враждебных реакций.
4. Стандартизированный тест-опросник на определение склонности к отклоняющемуся поведению (СОП).
5. Многофакторный личностный опросник Айзенка (подростковый вариант) для оценки индивидуально-психологического склада, эмоциональной устойчивости и адаптированности с учетом интроверсии и экстраверсии личности.

## Методология и методы исследования

### 1. Тест личностных акцентуаций (модифицированный вариант методики ПДО).

Перед началом проведения анализа полученных данных следует проверить результаты на наличие среди исследуемых субъектов с диссимуляцией. Для этого в тесте личностных акцентуаций имеются две шкалы «диссимуляция» и «откровенность». В случае, когда значения шкалы «диссимуляция» более чем на 4 балла превышают значения шкалы «откровенность», к полученным данным в тесте по другим шкалам следует относиться с осторожностью и желательно провести повторное тестирование.

Таблица 1.1 – Пороговые уровни (в баллах) личностных акцентуаций со склонностью к алкогольному аддиктивному поведению

Тип акцентуации	Баллы	p
гипертимный	20-7,0	-
циклоидный	20-7,35	<0,05
лабильный	20-8,2	-
астено-невротический	20-5,03	<0,05
сензитивный	20-6,1	-
психастенический	20-7,6	-
шизоидный	20-4,8	<0,05
эпилептоидный	20-9,1	-
истероидный	20-7,5	<0,05
неустойчивый	20-6,4	-
делинквентность	20-5,2	<0,05
органический	3,5±0,46	<0,05
конформность	3,35±0,5	<0,05
эмансипация	5,48±1,1	<0,05
мужественность	6,27±1,08	-
женственности	6,7±1.06	<0,05

## **2. Тест школьной тревожности Филлипса для определения уровня тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, проблем и страхов в отношениях с ровесниками и учителями.**

Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться школьникам, а могут и предлагаться в письменном виде. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «Да» или «Нет»

Результаты представляют собой степени тревожности респондента по восьми факторам, выраженные в процентах, содержательная характеристика каждого из которых описана ниже. При этом показатель более 50% свидетельствует о наличии повышенной тревожности, более 75% - о высокой тревожности.

Опросник имеет восемь диагностических шкал: общая школьная тревожность (ОШК), переживание социального стресса (ПСС), фрустрация потребности в достижении успеха (ФПДУ), страх самовыражения (СС), страх ситуации проверки знаний (СПЗ), страх несоответствия ожиданиям окружающих (СНОО), низкая физиологическая сопротивляемость стрессу (НФСС), проблемы и страхи в отношениях с учителями (ПОУ).

Таблица 2.1 – Пороговые уровни (в баллах) школьной тревожности по опроснику Филлипса у девочек-подростков со склонностью к алкогольному аддиктивному поведению

Группы	Виды школьной тревожности							
	ОШК	ПСС	ФПДУ	СС	СПЗ	СНОО	НФСС	ПОУ
ОГ	100-46,9	100-51,2	100-40,2	100-41,1	100-62,2	100-56,9	100-40,4	100-47,7

### 3. Анализ агрессивных тенденций у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением

Исследование агрессии следует проводить с помощью «Опросника состояния агрессии Басса-Дарки». Определять основные формы агрессии по соответствующим шкалам: физическая агрессия (**ФА**); вербальная агрессия (**ВА**); косвенная агрессия (**КА**); злобные сплетни, шутки, беспредметные и неправильные взрывы ярости, крик, топание ногами, битье кулаками по столу и т. п.; негативизм (**Н**); склонность к раздражению (**Р**); подозрительность (**П**); обида (**О**); чувство вины или аутоагрессия (**АА**), индекс враждебности (**ИВ**) и агрессивности (**ИА**).

Наиболее показательными предикторами модели из различных видов агрессивных тенденций, повышающих риск алкогольного аддиктивного поведения у девочек-подростков являются:  $x_1$ - ФА ( $B= 0,65$ );  $x_2$  – ВА ( $B=0,2$ );  $x_3$  - КА ( $B= -0,1$ );  $x_4$  - Н ( $B= -0,49$ );  $x_5$  – Р ( $B= -0,42$ );  $x_6$  - П ( $B= -0,36$ );  $x_7$  - О ( $B= -0,61$ );  $x_8$  - АА( $B= -0,21$ ), при значении константы 24,8.

Уравнение регрессии с учетом полученных данных выглядит следующим образом:

$$P = 1/1 + e^{-z},$$

где  $z = 0,65 \cdot x_1 + 0,2 \cdot x_2 - 0,1 \cdot x_3 - 0,49 \cdot x_4 - 0,42 \cdot x_5 - 0,36 \cdot x_6 - 0,61 \cdot x_7 - 0,21 \cdot x_8 + 24,8$ .

В таблице 3 указаны среднегрупповые уровни по всем видам агрессии.

Таблица 3.1— Пороговые уровни (в баллах) агрессии у девочек-подростков с алкогольным аддиктивным поведением

Группы	Виды агрессии								Индексы	
	ФА	ВА	КА	Н	Р	П	О	АА	ИВ	ИА
ОГ	110-59,1	104-58,2	107-58,01	100-50,37	99-40,0	110-82,9	104-66,7	99-78,8	107-58,4	107-74,8

#### **4. Определение склонности к отклоняющемуся поведению.**

Опросник имеет служебную шкалу установки на социальную желательность. Баллы по этой шкале более 60T свидетельствуют о настороженности в ситуации обследования и возможной неискренности ответов. Поэтому пациентов с баллами более 60 T-баллов в анализ не следует включать.

Таблица 4.1 – Пороговые значения по шкалам (в T-баллах) опросника СОП для пациентов из группы риска по алкогольной аддикции

Название шкалы	Пороговые значения по шкале (T)
склонность к преодолению норм и правил	90-50,16
склонность к аддиктивному поведению	84-49,59
склонность к агрессии и насилию	89-50,38
склонность к деликвентному поведению	87-54,28

#### **5. Исследование гормонального статуса по уровню тиреоидных и тиреотропных гормонов (Т3, Т4, ТТГ)**

Исследование гормонального статуса следует проводить по общепринятым методикам лабораторной диагностики с использованием метода радиоиммунологического анализа. Определяется содержание в сыворотке крови следующих гормонов: трийодтиронин (Т<sub>3</sub>), тироксин (Т<sub>4</sub>), тиреотропный гормон (ТТГ).

Обследование проводится не ранее, чем через 10 дней после констатированного пациентом факта последнего употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены, подтвержденное анализом лабораторных показателей на наличие признаков алкогольной интоксикации и ее последствий.



Таблица 5.1 – Уровни тиреотропных гормонов в исследуемых группах

Группы	Гормоны		
	Т3 (наномоль/л)	Т4 (наномоль/л)	ТТГ (МкМЕ/мл)
Основная группа	1,68±0,05	85,36±3,2	3,4±0,2
Группа контроля	2,51±0,2*	134,1±3,8*	4,4±0,3

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

### **МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

#### **Показания к применению:**

Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1).

Девочки-подростки из группы риска по алкогольному аддиктивному поведению, страдающие тревожно-фобическими расстройствами (F40), эмоционально-неустойчивым (F60.3) и тревожным расстройством личности (F60.6), с аффективными (F30) и невротическими расстройствами (F40).

#### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

1) Тест личностных акцентуаций, модифицированный вариант методики ПДО для выявления типов акцентуаций характера и сопряженных с ними личностных особенностей.

2) Тест школьной тревожности Филлипса для определения уровня тревожности, переживания социального стресса, фрустрации потребности в достижении успеха, проблем и страхов в отношениях с ровесниками и учителями.

3. Тест Басса-Дарки для диагностики агрессивных и враждебных реакций.

3. Стандартизированный тест-опросник на определение склонности к отклоняющемуся поведению (СОП).

#### **АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ**

##### **Формирование профилактических групп.**

На основании полученных при помощи тестов результатов, мы предлагаем распределить респондентов в группы и определить для них объем лечебного вмешательства следующим образом:

**Группа 1** – когнитивно-бихевиориальный метод, предполагающий обучение участников навыкам, повышающим коммуникативные адаптационные способности, приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера, снижение вероятности неадекватного, деструктивного реагирования на тревожные факторы среды, коррекцию агрессивных тенденций у девочек-подростков с отклонениями в поведении.

Задачи:

1) Мотивация каждого участника для дальнейшего участия в программе.

2) формирование навыков саморегуляции и адекватной системы ценностных ориентаций.

3) Преодоление проблем заниженной самооценки и социальной компетенции, развитие толерантности и способности к эмпатии.

4) Выработку самоконтроля, позволяющего справиться с различными типами тревожности - общая школьная тревожность, переживание социального стресса, фрустрация потребности в достижении успеха, страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, страх несоответствия ожиданиям окружающих, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями - например, с помощью тренингов релаксации.

5) Обучение элементам психорегулирующей тренировки позволяющим управлять своим эмоциональным состоянием, осуществлять коррекцию эмоционального напряжения, контролировать такие виды агрессии как, физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, негативизм, склонность к раздражению, подозрительность, обида, чувство вины или аутоагрессия.

6) Ознакомление подростков с основными принципами изменения собственного поведения и самосовершенствования (постановка цели, самоконтроль), развитие коммуникативных способностей.

7) Выработка социальных умений (преодоление стеснительности, неумения выслушивать похвалу, проявление инициативы в социальных взаимодействиях, умение вести разговор, умение отстаивать собственную позицию), развитие коммуникативных способностей, формирование умения конструктивно действовать в конфликтных ситуациях.

8) Выявление индивидуальных мотивов употребления алкоголя, характера ожиданий, работа, направленная на коррекцию в данном направлении.

9) Развитие умения самостоятельно ставить цели, использовать опыт, приобретенный в ходе профилактической работы.

**Группа 2 (группа риска)** – Программа группы 1 плюс целенаправленная программа, ориентированная на девочек-подростков с нарушениями поведения и проблемой чрезмерного употребления алкоголя.

Задачи:

1) Изменение привычных представлений о нормах выпивки в пользу их снижения.

2) Мотивация участника программы на негативные последствия употребления алкоголя.

3) Тщательное психологическое исследование социально – биологических и личностных особенностей, выступающих в роли предрасполагающих факторов аддиктивного поведения.

4) Обязателен анализ системы семейных взаимоотношений, при возможности участие в профилактической программе родителей подростка.

### **Проведение метода лечения**

Занятие целесообразно сопровождать демонстрацией видеоматериала, слайд-шоу, представляющих последствия употребления алкоголя, а также другой наглядный материал, соответствующий теме занятия.

Занятие с элементами тренинга состоит из 6 частей (таблица 7.1). Продолжительность каждого занятия – 60 мин. Указанное время является приблизительным и возможно его корректировка. Работа построена таким образом, что сразу после организационного момента стимулируется активность участников с помощью короткого разминочного упражнения, что необходимо для психологической разминки. Такая форма работы помогает быстрее сплотить группу, установить доверительные отношения между её участниками, задать тон и настроение занятию в его начале.

Таблица 1 – Составляющие элементы занятия

Часть занятия	Время
1. Организационный момент: приветствие, создание рабочей атмосферы, сообщение о теме занятия	5 мин
2. Разминочное упражнение	5 мин
3. Отчет о самостоятельной работе.	10 мин
4. Информационная часть. Обсуждение темы занятия.	5-10 минут
5. Выполнение заданий и упражнений.	20-25 мин
6. Обсуждение впечатления от занятия. Практическое задание для самостоятельной работы.	10 мин

Таблица 2 – План для группы 1

Занятия	Цели занятия	План занятия
1.	Создать доверительную, дружелюбную рабочую атмосферу; Сформулировать правила работы в группе; Выяснить ожидания участников.	Представление ведущего группы; Разминочное упражнение «Познакомимся заново»; Интерактивное обсуждение «Задачи тренинга и правила поведения в группе»; Выполнение упражнений «Кораблекрушение»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание: <i>отметить наиболее интересные и полезные моменты первого занятия.</i>
2.	Формирование навыков саморегуляции	Приветствие; Разминочное упражнение «Заросли»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Чувства»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
3.	Преодоление проблем заниженной самооценки и социальной компетенции; развитие толерантности и способности к эмпатии	Приветствие; Разминочное упражнение «Построиться по...»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнений «Я рад», «Кто я»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
4.	Обучение навыкам самоконтроля, позволяющего справиться с различными типами тревожности	Приветствие; Разминочное упражнение «Найди свою пару»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнений «Если я...», «Как вести себя»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание

Занятия	Цели занятия	План занятия
5.	Обучение элементам психорегулирующей тренировки позволяющим управлять своим эмоциональным состоянием	Приветствие; Разминочное упражнение «Пожелание»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Раздражение»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
6.	Обучение навыкам психотренинга направленного на коррекцию эмоционального напряжения	Приветствие; Разминочное упражнение «Найди хорошее»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Выход из кризиса»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
7.	Выработка социальных умений: преодоление стеснительности, неумения выслушивать похвалу, проявление инициативы в социальных взаимодействиях, умение вести разговор, умение отстаивать собственную позицию	Приветствие; Разминочное упражнение «Я хочу – не буду»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Правила общения», ролевая игра «Взрослый-подросток»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
8.	развитие коммуникативных способностей; формирование умения конструктивно действовать в конфликтных ситуациях	Приветствие; Разминочное упражнение «Знакомство по парам»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Правила эффективного общения»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание

Занятия	Цели занятия	План занятия
9.	Раскрыть значение понятие «зависимое поведение». Рассмотреть мотивацию употребляющих ПАВ. Сформировать активную жизненную позицию подростков в отношении использования ПАВ, предложить возможные варианты альтернативы в получении удовольствий.	Приветствие; Разминочное упражнение «Живое и неживое»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Уверенный отказ»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
10.	Закрепление полученных в процессе тренинга знаний и навыков; Анализ полученных навыков и достигнутого прогресса; Оценка степени приближения к целям программы.	Приветствие; Разминочное упражнение «Преодолей препятствие»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Я принимаю решение»; Итоговое обсуждение.

Таблица 3 – План для группы 2

Занятия	Цели занятия	План занятия
1.	Создать доверительную, дружелюбную рабочую атмосферу; Сформулировать правила работы в группе; Выяснить ожидания участников.	Представление ведущего группы; Разминочное упражнение «Познакомимся заново»; Интерактивное обсуждение «Задачи тренинга и правила поведения в группе»; Выполнение упражнения «Кораблекрушение»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание: <i>отметить наиболее интересные и полезные моменты первого занятия.</i>
2.	Формирование навыков саморегуляции	Приветствие; Разминочное упражнение «Заросли»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Чувства»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание



Занятия	Цели занятия	План занятия
3.	Преодоление проблем заниженной самооценки и социальной компетенции; развитие толерантности и способности к эмпатии	Приветствие; Разминочное упражнение «Построиться по...»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнений «Я рад», «Кто я»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
4.	Обучение навыкам самоконтроля, позволяющего справиться с различными типами тревожности.	Приветствие; Разминочное упражнение «Найди свою пару»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнений «Если я...», «Как вести себя»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
5.	Обучение элементам психорегулирующей тренировки позволяющим управлять своим эмоциональным состоянием.	Приветствие; Разминочное упражнение «Пожелание»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Раздражение»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
6.	Обучение навыкам психотренинга направленного на коррекцию эмоционального напряжения	Приветствие; Разминочное упражнение «Найди хорошее»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Выход из кризиса»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
7.	Выявление и признание участниками группы существования проблем, связанных с употреблением алкоголя; индивидуальный анализ употребления алкоголя подростком	Приветствие; Разминочное упражнение «Я хочу – не буду»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Вырвись из круга»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание

Занятия	Цели занятия	План занятия
8.	Выявление ситуаций, связанных с высоким риском употребления алкоголя. Оценка взаимоотношений с друзьями, в компании которых происходит употребление алкоголя	Приветствие; Разминочное упражнение «Знакомства по парам»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Уверенный отказ»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание
9.	Выработка решимости в принятии решений (в первую очередь – в вопросах, связанных с употреблением алкоголя). Поиск альтернатив употребления алкоголя.	Приветствие; Разминочное упражнение «Живое и неживое»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения ролевая игра «Давай с нами»; Итоговое обсуждение; Домашнее задание.....
10.	тренинг противостояния (умение сказать «нет», умение противостоять желанию употребить алкоголь); анализ полученных навыков и достигнутого прогресса; оценка степени приближения к целям программы.	Приветствие; Разминочное упражнение «Преодолей препятствие»; Отчет о самостоятельной работе; Обсуждение темы занятия; Выполнение упражнения «Я принимаю решение»; Итоговое обсуждение.

Научное издание

**Кирпиченко** Андрей Александрович

**Копытов** Андрей Васильевич

**Мужиченко** Владислав Анатольевич

**ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ  
ДЕВОЧКАМИ ПОДРОСТКАМИ**  
Монография

Редактор А.А. Кирпиченко

Технический редактор И.А. Борисов

Компьютерная верстка Л.А. Гусева

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Формат бумаги 64х84 1/16

Бумага типографская № 2 Гарнитура Times New Roman

Усл. печ. листов \_\_\_\_\_ Уч.-изд. л \_\_\_\_\_ Тираж \_\_\_\_\_ экз.

Заказ № \_\_\_\_\_

Издатель и полиграфическое исполнение:

УО «Витебский государственный медицинский университет»

ЛП №2330/453 от 30.12.2013 г.

Пр-т Фрунзе, 27, 210032, г. Витебск